KREIS DÜREN

Gesundheit im Kreis Düren

1. Gesundheitsbericht für den Kreis Düren

Herausgeber:
Kreis Düren – Der Landrat
Gesundheitsamt
Düren 2001

KREIS DÜREN

Gesundheit im Kreis Düren

1. Gesundheitsbericht für den Kreis Düren

Herausgeber:

Kreis Düren - Der Landrat
Gesundheitsamt

Düren 2001

1. Auflage (500 Exemplare)
Düren 2001

Herausgeber:
Kreis Düren - Der Landrat
Gesundheitsamt
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Bismarckstr. 16
D - 52348 Düren

Redaktion:
Carsten Rumpeltin

Druck:
Hausdruckerei des Kreises Düren

Diesen Bericht finden Sie auch im Internet unter www.kreis-dueren.de

Danke

Besonderer Dank gilt dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld (LÖGD), das bei der Erstellung dieses Berichtes maßgebliche Unterstützung geleistet hat. So wurden das Titelbild und die im Bericht verwendeten Infographiken von der Graphikerin des LÖGD, Frau Buschlinger erstellt. Auch das gesamte Layout dieses Berichts basiert auf einer Vorlage des LÖGD. Statistische Auswertungen zur Schuleingangsuntersuchung wurden von Frau Dietmair und Herrn Simon (ebenfalls LÖGD) beigesteuert.

Weitere Dankesworte gehen an den Arbeitskreis Zahngesundheit im Kreis Düren, der seine Daten zur Zahngesundheit (Ergebnisse der jährlichen Reihenuntersuchungen) in unbürokratischer Form zur Verfügung gestellt hat.

Schließlich ist den Ärztinnen des Gesundheitsamtes zu danken, die in erheblichem Maße zur Berichtserstellung beigetragen haben und last but not least geht ein weiterer Dank an Herrn Wirth und Herrn Winkels von der Hausdruckerei des Kreises Düren, die dieses Werk in professioneller Art und Weise zu Papier gebracht haben.

Vorwort

Neben der Einrichtung der kommunalen Gesundheitskonferenz wurde im Kreis Düren auch der Startschuss zum Aufbau einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung gegeben. Mit diesem Instrument möchte der Kreis einen Beitrag dazu leisten, die Entscheidungsgrundlagen im kommunalen Gesundheitswesen weiter zu verbessern.

In der Vergangenheit wurden Entscheidungen oftmals auf der Basis von Erfahrungen und Traditionen getroffen. Das war weder schlecht noch falsch, im Gegenteil! Es ist für den Kreis Düren sogar von unschätzbarem Wert, auf die Erfahrungen seiner Fachleute, die tagtäglich unser kommunales Gesundheitswesen gestalten, zurückzugreifen.

Vor dem Hintergrund der allgemein zunehmenden Ressourcenknappheit ist es jedoch eine unabdingbare Voraussetzung für einen effizienten und effektiven Mitteleinsatz, dass wir darüber hinaus weitere objektive Informationen zu Grunde legen können.

Mit dieser Kombination aus Erfahrung, Tradition und objektiver Datenlage werden wir künftig noch besser in der Lage sein, die gesundheitliche Versorgung im Kreis Düren zu optimieren. Dabei muss auch die Evaluation einen wichtigen Bereich einnehmen. So wird es künftig in zunehmendem Maße notwendig sein, die durchgeführten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und ihren verhältnismäßigen Mitteleinsatz hin zu überprüfen.

Der vorliegende Bericht ist gewissermaßen als Impulsbericht zu verstehen, der insbesondere der Gesundheitskonferenz, aber auch dem Sozial- und Gesundheitsausschuss und der kommunalen Fachöffentlichkeit als Informationsbasis dienen soll. Es sollte aber nicht allein bei der Publikation des Berichtes bleiben - denn von viel Papier ist noch niemand gesund geworden! Es wäre wünschenswert, dass auf seiner Grundlage geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bürgerinnen und Bürger des Kreises Düren getroffen werden.

Ich wünsche Ihnen nunmehr eine interessante Lektüre und allzeit gute Gesundheit,

Wolfgang Spelthahn

Landrat

Vorwort

In Nordrhein-Westfalen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine sinnvolle Beurteilung des kommunalen Gesundheitswesens dauerhaft nur dann möglich ist, wenn objektive und aussagekräftige Planungsgrundlagen vorhanden sind. Die vorhandenen knappen Ressourcen lassen sich dann zielgerichteter einsetzen und vor allem an den Stellen, wo besonders großer Handlungsbedarf besteht. Dies hat mittlerweile auch Eingang in die nordrhein-westfälische Gesetzgebung gefunden. (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst für Nordrhein-Westfalen – ÖGDG - , das seit dem 01.01.2000 in Kraft ist, dort in den §§ 21 und 23). Diese Aufgabenstellung, die gemeinhin unter dem Begriff Gesundheitsberichterstattung subsumiert wird, wird vom Kreis Düren mit dem vorliegenden Bericht in Angriff genommen und wir sind zuversichtlich, mit diesem und künftigen Werken einen innovativen Beitrag zur Weiterentwicklung unseres kommunalen Gesundheitswesens zu leisten.

Neben der Gesundheitsberichterstattung ist auch die Koordinierung des kommunalen Gesundheitswesens eine neue Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (geregelt in §§ 23 und 24 ÖGDG), die im Kreis Düren mit der Einrichtung der kommunalen Gesundheitskonferenz im März 2001 ihren Anfang genommen hat. Die Kombination der beiden Instrumente Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung bietet hervorragende Möglichkeiten, um im kommunalen Rahmen eine zukunftsweisende Ausgestaltung der örtlichen Gesundheitsversorgung und Präventionsmaßnahmen sicher zu stellen. Das alles geschieht selbstverständlich in enger Abstimmung mit den politischen Gremien im Kreis Düren. So wird der vorliegende Bericht – ebenso wie andere Arbeitsergebnisse aus diesem Bereich – regelmäßig im Sozial- und Gesundheitsausschuss sowie im Kreisausschuss und im Kreistag erörtert und ggf. weiteren gesundheitspolitischen Entscheidungen zu Grunde gelegt.

Dr. Marianne Hoff-Gehlen
Leiterin des Gesundheitsamtes

Georg [illegible]
Dezernent für Gesundheit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ..... **5+5**

Einleitung **8**

Gesundheit von Kindern **11**

Impfsituation **12**
Röteln 13
Masern / Mumps / Röteln 13
Fazit Impfen 14

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 ..... **15**
Fazit - Früherkennungsuntersuchungen 17

Ausgewählte medizinische Befunde der Schuleingangsuntersuchung **17**

Zahngesundheit **19**
Fazit Zahngesundheit: 20

Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung (20-64) **21**

Langzeitarbeitslosigkeit **21**

Morbidität **22**
Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit 22
Muskel- und Skeletterkrankungen 23
Psychische Erkrankungen 23
Herz-Kreislauf-Erkrankungen 24
Bösartige Neubildungen (Krebs) 25

Mortalität **26**
Vermeidbare Sterbefälle 26
Ausgewählte Todesursachen 27

Gesundheit der älteren Bevölkerung (60/65+) **29**

Morbidität im Alter **32**
Chronische Bronchitis und andere obstruktive Erkrankungen der unteren Atemwege 33
Chronisch Rheumatische Erkrankungen 34
Diabetes 35
Psychische Erkrankungen 36
Bösartige Neubildungen (Krebs) 36
Herzinfarkt 37
Schlaganfall 38

Mortalität im Alter **40**

Fazit **41**

Literatur **42**

Einleitung

Der vorliegende Bericht ist ein erster Schritt zur Etablierung kommunaler Gesundheitsberichterstattung im Kreis Düren

Mit dem vorliegenden Bericht möchte der Kreis Düren einen ersten Beitrag zum Aufbau und zur Etablierung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung leisten. Gesundheitsberichterstattung zielt darauf ab, gesundheitsrelevante Informationen in übersichtlicher und leicht verständlicher Form der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen und damit Entscheidungsgrundlagen für die kommunale Gesundheitspolitik anzubieten. Dabei geht es nicht so sehr um eine vollständige Darstellung sämtlicher vorhandener Daten, die in ihrer Masse erschlagend wirken und aus denen kaum konkrete und am Bedarf orientierte Handlungsschritte abgeleitet werden können. Statt dessen muss sich kommunale Gesundheitsberichterstattung darum bemühen, Inhalte darzustellen, die einen konkreten Handlungsbedarf aufzeigen oder wenigstens von großem allgemeinen Interesse sind. Ein hoher Ministerialrat hat sich einmal die Mühe gemacht, die Lektüre, die in einer durchschnittlichen Woche über seinen Schreibtisch ging, zu wiegen und kam dabei auf einen Wert von sage und schreibe fünf Kilogramm! Dieser kleine Einschub soll verdeutlichen, dass nur kurze, knappe und prägnante Berichte, die zudem ansprechend gestaltet sind, überhaupt noch eine Chance haben, von der Fachöffentlichkeit nicht nur wahrgenommen, sondern zumindest in Teilen gelesen zu werden.

Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz sind eng miteinander verknüpft

Die Gesundheitsberichterstattung ist im Kreis Düren eng verbunden mit der Arbeit der Gesundheitskonferenz. So können Gesundheitsberichte als Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitskonferenz genutzt werden, auf der anderen Seite kann aber auch ein Gesundheitsbericht Ergebnisse der Gesundheitskonferenz dokumentieren und die breite Fachöffentlichkeit darüber informieren. Darüber hinaus ist es aber auch möglich, Gesundheitsberichte unabhängig von der Gesundheitskonferenz zu erstellen.

Die organisatorische Verankerung der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz und der Abteilung für Gesundheitsberichterstattung im Kreisgesundheitsamt Düren geht aus Abbildung 1 hervor.

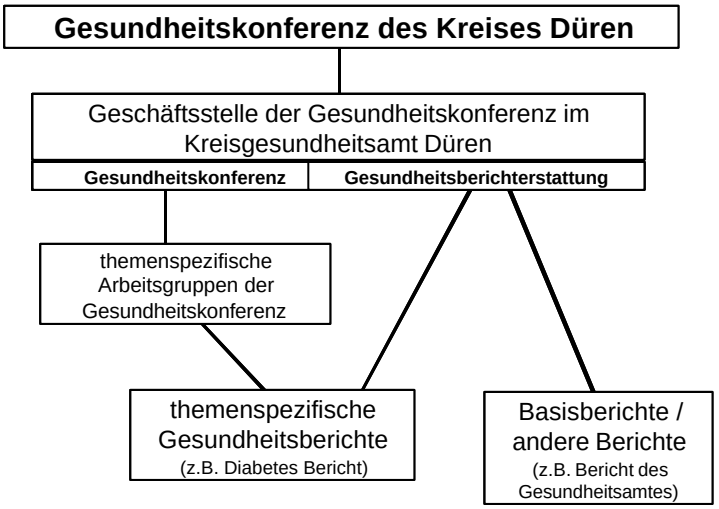


Abbildung 1: Organisatorische Verankerung von Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz im Kreisgesundheitsamt Düren

Die Unterstützung mit Gesundheitsinformationen stellt gerade im Zeichen eines sich beschleunigenden sozialen Wandels eine Voraussetzung für eine rationale, an den Bedürfnissen der Bürger und Bürgerinnen sowie an den kommunalen Problemlagen ausgerichtete Gesundheitspolitik dar. So ist die Unterstützung der Entscheidungsträger durch Gesundheitsinformationen auch eines der zehn vorrangigen Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen (MAGS 1995): Bis zum Jahr 2005 sollen in Nordrhein-Westfalen Gesundheitsinformationssysteme die Formulierung, Umsetzung, Begleitüberwachung und Evaluation der Gesundheitspolitik aktiv unterstützen. Dies wird darüber hinaus auch von der Kommission 'Öffentlicher Gesundheitsdienst 2000' empfohlen.

Die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen ist die zentrale Voraussetzung für eine ziel- und handlungsorientierte Gesundheitspolitik

Eine handlungsorientierte Gesundheitsberichterstattung zeichnet sich dadurch aus, dass sie nicht nur über die gesundheitliche Lage bestimmter Bevölkerungsgruppen bzw. der Gesamtbevölkerung informiert, sondern darüber hinaus mit der Herausstellung von Schwerpunkten einen Beitrag zur Orientierung leistet und so als Grundlage für die Umsetzung von Interventionsmaßnahmen dient. Entscheidungsträger sollen durch eine adäquate Berichterstattung zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage zusätzlich motiviert werden. Außerdem sollen dem Bürger gesundheitliche Versorgung, Lage und ihre Veränderung transparenter gemacht werden.

Einen kompakten Überblick über Sinn und Zweck dieses kommunalen Steuerungsinstrumentes gibt Abbildung 2. Sie verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Gesundheitsberichterstattung und Anwendungsfeldern im Gesundheitswesen: Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es demnach, bestehende Maßnahmen zu beobachten, zu evaluieren und schließlich relevante Daten für die weitere Gesundheitsplanung zur Verfügung zu stellen. Der Regelkreis beginnt mit einer Einordnung der vordringlichen Gesundheitsprobleme in der Kommune. Mit Hilfe von Expertenbefragungen, Datenanalysen, etc. erfolgt eine Hierarchisierung von Problembereichen (Orientierungsfunktion). Anschließend werden diese Problembereiche anhand vorhandener Daten sowie durch qualifizierte Experteninterpretation aufbereitet und der kommunalen Gesundheitskonferenz in Form von Handlungsempfehlungen zur Verabschiedung vorgelegt.

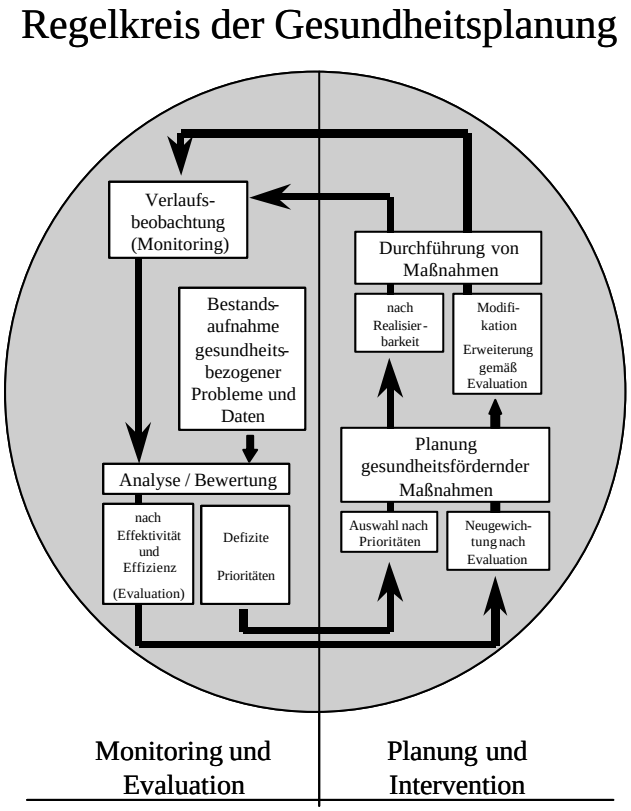


Abbildung 2 Regelkreis der Gesundheitsplanung: Zusammenhang zwischen Gesundheitsberichterstattung und Handlungsfeldern im Gesundheitswesen

Wichtige Funktionen der Gesundheitsberichterstattung sind: Information, Motivation und Koordination, ferner Monitoring und Evaluation

Danach können die Beschlüsse -zusammen mit den erforderlichen Hintergrundinformationen- Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen, Experten, aber auch Bürgern zugänglich gemacht werden (Informationsfunktion). Dies kann beispielsweise in Form eines Berichtes, wie er hier vorliegt, geschehen. Gleichzeitig zielt Gesundheitsberichterstattung darauf ab, mit Hilfe genauer Planungsdaten Entscheidungsträger, Politiker, etc. zu motivieren, die Handlungsempfehlungen des Berichts aufzugreifen und umzusetzen (Motivationsfunktion). Schließlich muss dafür gesorgt werden, dass die diskutierten Möglichkeiten zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen koordiniert und unter den verantwortlichen Akteuren abgestimmt werden (Koordinierungsfunktion). Eine solche Koordinierung erfolgt beispielsweise im Rahmen der Gesundheitskonferenz des Kreises Düren, bei der die Institutionen des Gesundheitswesens und benachbarter Bereiche regelmäßig zusammenkommen und entsprechende Maßnahmen erörtern. Die dann getroffenen Entscheidungen bzw. initiierten Maßnahmen werden anschließend weiter beobachtet (Monitoringfunktion) und nach Ablauf eines gewissen Zeitraumes evaluiert (Evaluationsfunktion), um dann ggf. erneut den gesamten Regelkreis zu durchlaufen.

Die Datenlage im deutschen Gesundheitswesen muss erheblich verbessert werden, um künftig bessere Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung treffen zu können

Der vorliegende Bericht basiert auf Datenmaterial, das in Form sogenannter Routinedaten vorlag. Das sind Daten, die zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung nicht neu erhoben wurden. Da sich die Datenlage im deutschen Gesundheitswesen ganz allgemein als außerordentlich defizitär darstellt, kann der Bericht Ansprüche auf Vollständigkeit und Aktualität nur teilweise erfüllen. Es wird zukünftig daran gearbeitet werden müssen, die Datenlage auf allen Ebenen und über Institutionsgrenzen hinaus zu optimieren, um künftig noch bessere Entscheidungsgrundlagen für die kommunale Gesundheitspolitik zu erhalten. Eine Fortschreibung dieses Berichtes ist in dieser Form nicht geplant. Er ist als Initialbericht gedacht, der gewissermaßen den Startschuss für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung gibt. Künftige Berichte werden in viel stärkerem Maße kommunalspezifische Aspekte berücksichtigen und differenziertere Informationen anbieten. Sie werden darüber hinaus einen wesentlich stärkeren Ziel- und Handlungsbezug aufweisen.

Der Bericht gliedert sich im wesentlichen in drei -nach Altersphasen differenzierte- Abschnitte: Teil I widmet sich gesundheitsrelevanten Aspekten von Kindern[1], in Teil II wird die Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung analysiert, während sich Teil III mit den älteren Bürgerinnen und Bürgern im Kreis Düren beschäftigt.

Im Bericht werden die Bevölkerungsgruppen Kinder, Erwachsene und Senioren thematisiert.

Nach jedem Kapitel bzw. Teilkapitel werden Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner für Rückfragen oder weitergehenden Informationsbedarf genannt.

Bei Rückfragen zur Berichtskonzeption oder allgemeinen Aspekten dieses Berichtes wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Carsten Rumpeltin
Tel.: 02421 / 22 - 22 07
Fax: 02421 / 22 - 25 93
E-Mail: carsten.rumpeltin@kreis-dueren.de

[1] Geplant war auch die Darstellung von Informationen zur Gesundheit von Jugendlichen, bedauerlicherweise lag für diese Altersgruppe jedoch kein geeignetes Datenmaterial vor.

Gesundheit von Kindern

In diesem Kapitel finden Sie Daten / Informationen zu folgenden Themen:

- Impfsituation der Schulanfänger
- Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9)
- Ausgewählte Befunde von Schulanfängern
- Zahngesundheit von Kindergarten- und Grundschulkindern

Die Gesundheit der Kinder- und Jugendlichen ist für die kommunale Gesundheitspolitik von ganz besonderer Bedeutung. In einem Alter, in dem Gesundheit praktisch keine wahrgenommene Rolle spielt, ist es besonders schwierig, Gesundheitsbotschaften zu vermitteln bzw. gesundheitsförderliche Verhaltensweisen nahe zu bringen. Auf der anderen Seite sind in diesem Lebensabschnitt Verhaltensänderungen noch leichter möglich als in späteren Lebensphasen. Hier werden die Weichen nicht nur für die berufliche und soziale Entwicklung gestellt, sondern jetzt beginnt auch die Manifestierung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Vor diesem Hintergrund sollte dieser Altersphase grundsätzlich eine besonders hohe Aufmerksamkeit zugebilligt werden.

Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein ausserordentlich wichtiges Betätigungsfeld - hier werden die Weichen für oftmals lebenslang beibehaltene Verhaltensweisen gestellt

Zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen lassen sich vor allem die Daten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Kreisgesundheitsamt Düren heranziehen (im Folgenden: KJÄD). Insbesondere die Schuleingangsuntersuchung ist von besonderem epidemiologischen Interesse, stellt sie doch praktisch die einzige Erhebung eines vollständigen Bevölkerungsquerschnitts in Deutschland dar (mit Ausnahme der Todesursachenbescheinigungen). Nicht minder bedeutend und nützlich sind die vom Arbeitskreis Zahngesundheit zur Verfügung gestellten Daten über den Zahnstatus von Kindergarten- und Grundschulkindern.

Die Schuleingangsuntersuchung des Kreisgesundheitsamtes ist eine hervorragende Datenquelle zur Gesundheit von Kindern.

Im Folgenden werden ausgewählte Befunde und sonstige Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung und der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe des Untersuchungszeitraumes 1999/2000 dargestellt. Dabei wurde auf eine vollständige Darstellung verzichtet. Statt dessen wurde der Versuch unternommen, lediglich herausstechende, Handlungsbedarf aufzeigende Ergebnisse darzustellen.

Impfsituation

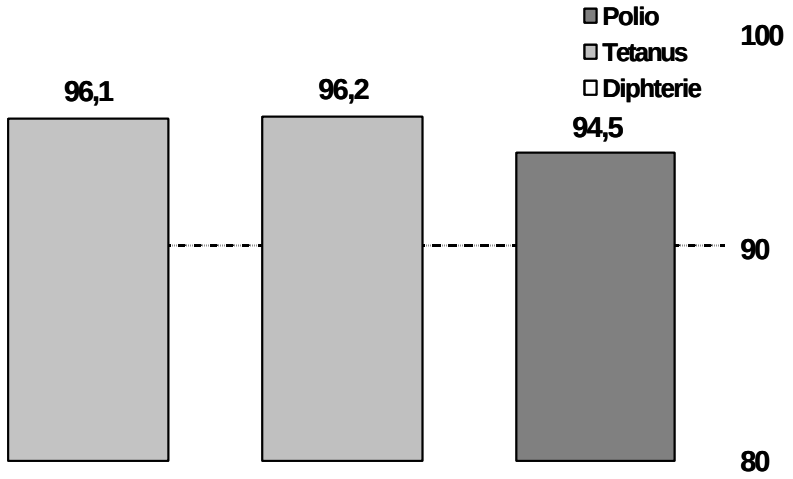
Auch wenn übertragbare Erkrankungen (Infektionskrankheiten) in Deutschland aufgrund in aller Regel erstklassiger hygienischer Lebensbedingungen und eines gut funktionierenden Gesundheitssystems nicht mehr die große Bedeutung haben wie noch vor 100 Jahren, stellen sie nach wie vor eine nicht zu unterschätzende Gesundheitsgefahr dar. Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten sind eine wichtige krankheitsverhütende Maßnahme; sie schützen wirksam vor z. T. komplikationsreichen Infektionskrankheiten und ihren Folgen.

Schutzimpfungen sind nach wie vor von großer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung

Ein hoher und ausreichender Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung spielt für die Verhinderung von Epidemien eine wichtige Rolle. Das Beispiel Pocken verdeutlicht, dass eine schwere Infektionskrankheit vollständig ausgerottet werden kann, wenn über viele Jahre weltweit ein hoher Durchimpfungsgrad gehalten wird. Schutzimpfungen werden in erster Linie von niedergelassenen Ärzten durchgeführt, z. T. aber auch vom öffentlichen Gesundheitsdienst; beide richten sich nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

Der Impfstatus ist in der Regel vom Sozialstatus abhängig

Regionale Analysen z.B. in Hamburg, Essen oder Baden-Württemberg zeigen, dass die Durchimpfungsquoten bei Kindern aus sozialen Risikogruppen um bis zu 80% unter dem Durchschnitt liegen. Der Durchimpfungsgrad gegen Kinderlähmung (Polio-Impfung), Wundstarrkrampf (Tetanus-Impfung) und Diphtherie hat jedoch bundesweit die 90%-Marke annähernd erreicht oder bereits überschritten. Auch im Kreis Düren ist diesbezüglich ein guter Durchimpfungsgrad zu verzeichnen (vgl. Abbildung 3).



n = 2.676 / sämtliche Angaben in Prozent

Kreisgesundheitsamt Düren / Kindes- und Jugendärztlicher Dienst / Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen 1999/2000

Abbildung 3: Durchimpfungsgrad der Schulanfänger 1999 / 2000 im Kreis Düren: Polio / Tetanus / Diphterie (n= 2676).

Die Durchimpfungsraten von Masern, Mumps und Röteln haben in Deutschland noch nicht das zur Verhinderung von Infektionen notwendige Maß erreicht.

Die bundesweiten Durchimpfungsquoten gegen Masern (70-83%), Mumps (67-81%) und vor allem gegen Röteln (38-73%) reichen dagegen noch nicht aus, um Infektionen in Kindergärten oder Schulen zu verhindern. Die großen Unterschiede erklären sich durch regionale Besonderheiten wie die kinderärztliche Versorgung, die soziale Schichtung, aber auch durch Abweichungen bei der Definition einer 'vollständigen' Impfung.

Auch im Kreis Düren sind Defizite hinsichtlich des Durchimpfungsgrades bei Röteln, Masern und Mumps erkennbar.

Röteln

Für den gesamten Kreis Düren zeigt sich ein verbesserungswürdiges Bild im Bereich der Röteln-Impfung bei Mädchen. Hier ist ein deutlich geringerer Durchimpfungsgrad als im Landesdurchschnitt zu konstatieren (NRW 1998 - Mädchen: 80,8%) und dies praktisch in sämtlichen Städten und Gemeinden des Kreises. Dieser Sachverhalt geht aus Abbildung 4 hervor.

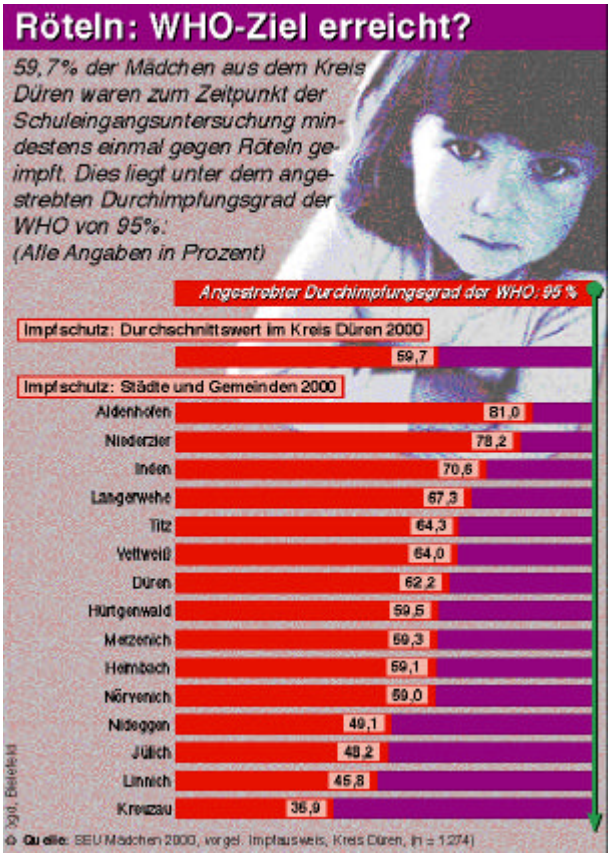


Abbildung 4: Röteln - Impfstatus im Kreis Düren sowie in seinen Städten und Gemeinden (2000)

Röteln-Impfung: Durchimpfungsgrad bei Mädchen und Jungen im Kreis Düren zu niedrig!

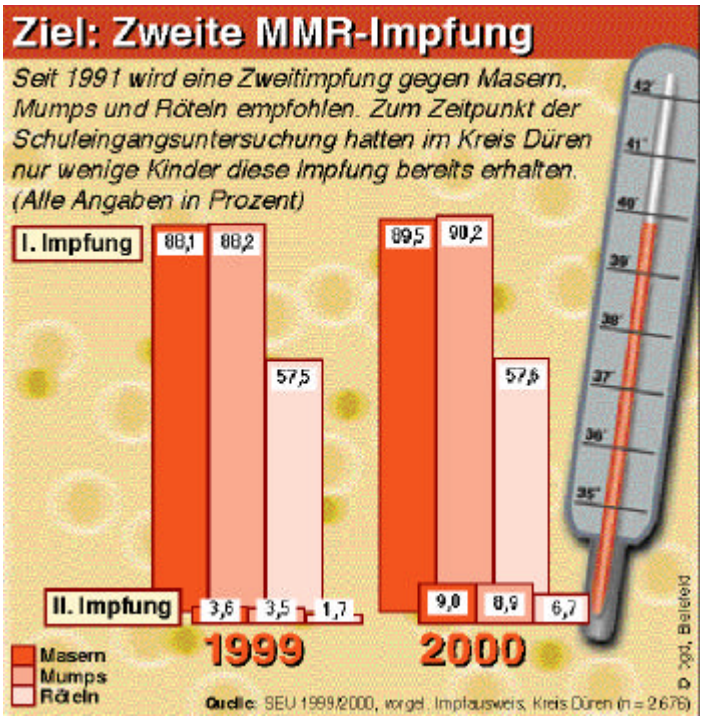


Abbildung 5: Die Masern-Mumps-Röteln Auffrischimpfung findet im Kreis Düren praktisch nicht statt (II. Impfung).

Masern / Mumps / Röteln

Die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung, die im Alter von 5-6 Jahren durchgeführt werden sollte, kommt im Kreis Düren praktisch nicht zur Anwendung. Hier zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zur ersten MMR-Impfung, die insgesamt - mit Ausnahme der Röteln- recht positiv ausfällt (vgl. Abbildung 5). Gegenüber 1999 ist für das Jahr 2000 eine leichte Verbesserung erkennbar

Auch bei der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung sind deutliche Impflücken erkennbar.

(von 3,6 auf 9% bei Masern sowie von 3,5 auf 8,9% bei Mumps). Dieser Anstieg ist erfreulich, kann jedoch nicht über das große Impfdefizit in diesem Bereich hinwegtäuschen.

Bei der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung ergibt sich allerdings ein Interpretationsproblem: Ihre Durchführung ist bis zum Ende des siebten Lebensjahres möglich, was dazu führen kann, dass einige Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung keine zweite Impfung nachweisen können, diese jedoch noch nachholen. Erfahrungen aus anderen Kommunen (z.B. Kreis Neuss) zeigen jedoch, dass auch der Impfstatus von zehnjährigen Kindern nicht wesentlich besser ist.

Fazit Impfen

Im Kreis Düren sind unzureichende Durchimpfungsraten bei Masern, Mumps und Röteln sowie bei Hepatitis-B festzustellen.

Die Impfsituation im Kreis Düren lässt einen deutlichen Handlungsbedarf, insbesondere bei Röteln sowie der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung erkennen. Bei der Rötelnimpfung sollte auch darüber nachgedacht werden, wie ein besserer Durchimpfungsgrad nicht nur bei Mädchen erreicht werden kann, sondern auch bei Jungen. Sie haben zwar keine gesundheitlichen Schäden zu erwarten, können aber als Krankheitsüberträger fungieren. Ein weiterer Schritt könnte in der verbesserten Wahrnehmung der zweiten Masern/Mumps/Röteln Impfung liegen, die im Alter von 5-6 Jahren erfolgen sollte. Hier zeigt sich nicht nur eine Impflücke, sondern ein erhebliches Impfdefizit[2], das dringend beseitigt werden sollte.

Weiterer Bedarf wird im Bereich der Hepatitis-B-Impfung gesehen. Diese Impfung wird in Deutschland erst in geringem Maße wahrgenommen, könnte bei konsequenterer Anwendung jedoch dazu beitragen, die jährliche Neuerkrankungsrate in Höhe von 50.000 erheblich zu reduzieren. Für den Kreis Düren liegen zur Hepatitis-B-Impfung noch keine Daten vor (erstmals erhoben im Untersuchungszeitraum 2000/2001).

Weitergehende Analysen könnten künftig Aufschluss über Zielgruppen mit besonders schlechtem Impfstatus geben, um eventuelle Interventionsmaßnahmen noch zielgerichteter zur Anwendung bringen zu können.

[2] auf das Interpretationsproblem, das ich bei der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung ergibt, sei nochmals hingewiesen.

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9

Die im Kindesalter angebotenen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 (neuerdings auch J1 für Jugendliche) dienen dazu, die Entwicklung der Kinder zu beobachten und im Falle von Entwicklungsstörungen korrigierende Maßnahmen einzuleiten. Auf diese Weise soll eine gesunde Entwicklung der Kinder optimal unterstützt werden. Diese Untersuchungen, die in Deutschland kostenfrei sind, werden im frühen Kindesalter zu annähernd 100 % in Anspruch genommen, während sich diese Quote im weiteren Altersverlauf bedauerlicherweise deutlich reduziert. Das gesamte Inanspruchnahmeverhalten[3] geht aus Abbildung 6 hervor.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern ab.

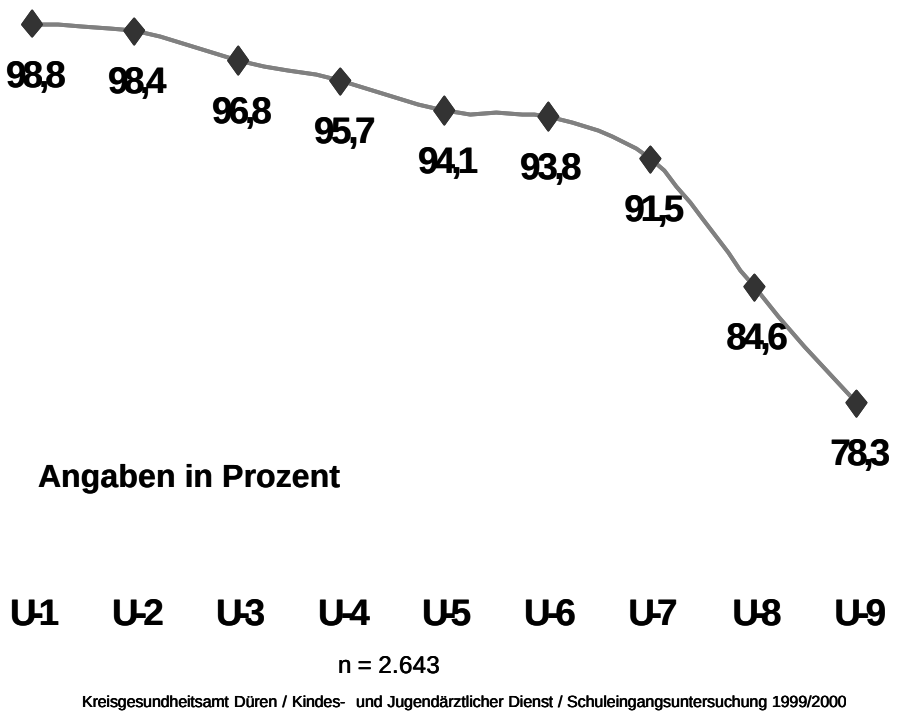


Abbildung 6: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Kreis Düren

Die geringe Inanspruchnahme der späteren Früherkennungsuntersuchungen (inbes. U8 / ca. 3-4 Jahre und U9 / ca. 5-6 Jahre- birgt nicht zu unterschätzende Risiken für die Entwicklung von Kindern. So werden oftmals erst bei der Schuleingangsuntersuchung Entwicklungsstörungen bzw. -verzögerungen entdeckt, die das Kind während der Schulzeit beeinträchtigen. Bei Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen hätten diese Entwicklungsstörungen bzw. -verzögerungen früher erkannt und entsprechende Therapie- / Fördermaßnahmen eingeleitet werden können.

Früherkennungsuntersuchungen tragen dazu bei, Krankheiten und Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen.

[3] Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass nicht sämtliche Früherkennungshefte zur Auswertung vorlagen. 14,2% brachten das Heft nicht zur Schuleingangsuntersuchung mit, so dass bei diesen Kindern darüber keine Aussage getroffen werden kann.

Zwar ist in den vergangenen vier Jahren ein Anstieg der Inanspruchnahme insbesondere bei der U9 zu verzeichnen, allerdings ist der Wert 77,8 % immer noch sehr niedrig. Die Inanspruchnahme der U9 in den vergangenen vier Jahren geht aus Abbildung 7 hervor.

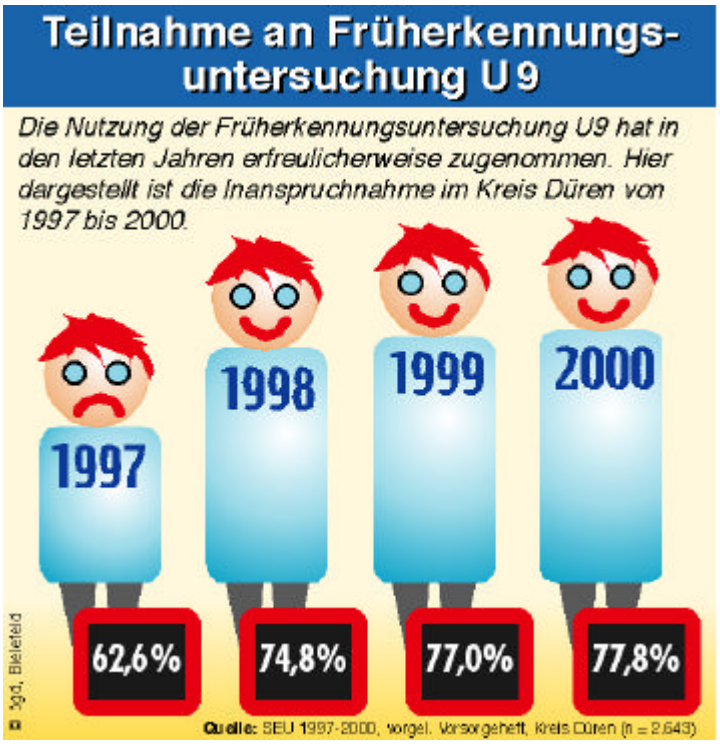
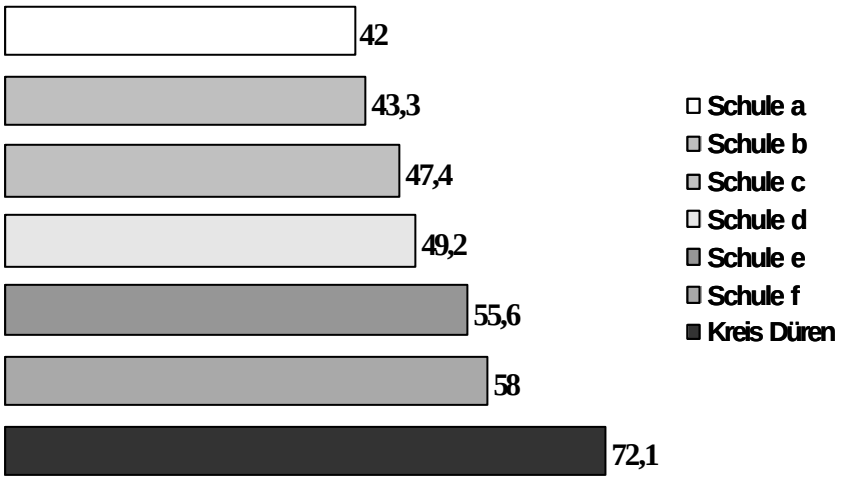


Abbildung 7: **Entwicklung der Inanspruchnahme der U9 im Kreis Düren in den Jahren 1997 bis 2000**

Hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens zeigen sich darüber hinaus enorme regionale Unterschiede. So weisen einzelne Schuleinzugsgebiete extrem schlechte Inanspruchnahmeraten auf. In Abbildung 8 sind derartige Schulbezirke in anonymisierter Form aufgeführt.

Im Kreis Düren treten große regionale Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zutage. Diese offenbaren sich insbesondere in Stadtteilen mit Merkmalen sozialer Benachteiligung.



n = 2.643 / sämtliche Angaben in Prozent

Kreisgesundheitsamt Düren / Kindes- und Jugendärztlicher Dienst / Schuleingangsuntersuchung 1999/2000

Abbildung 8: **Inanspruchnahme von U8 und U9 im Kreis Düren differenziert nach Schulen** (anonymisierte Darstellung)

Fazit - Früherkennungsuntersuchungen

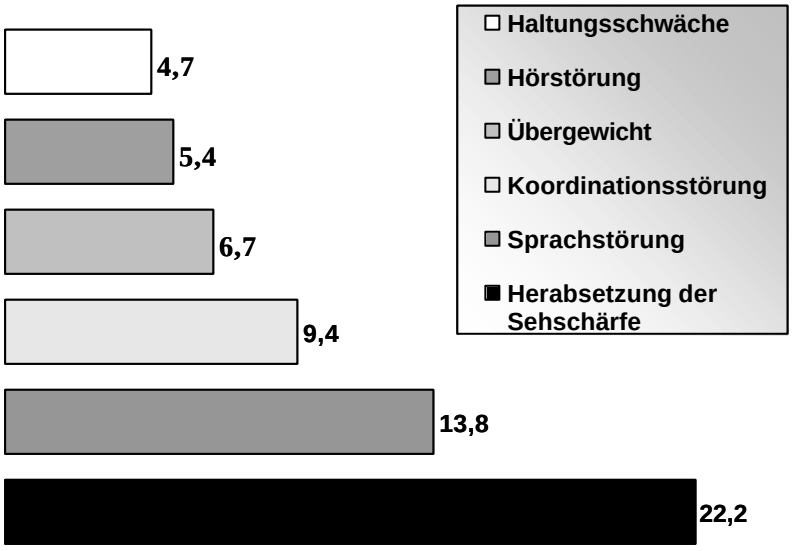
Auch wenn in den letzten Jahren eine Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens hinsichtlich der U8 und U9 zu verzeichnen ist, so kann diese Entwicklung nicht darüber hinweg täuschen, dass die Teilnahme an diesen Untersuchungen noch keinen Wert erreicht hat, der zur Zufriedenheit Anlass gäbe. Insbesondere die vorhanden regionalen Unterschiede weisen darauf hin, dass das Inanspruchnahmeverhalten höchst unterschiedlich ausgeprägt ist. So ist es kein Geheimnis, dass die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen insbesondere in Stadtteilen mit Merkmalen sozialer Benachteiligung sowie bei ausländischen Mitbürgern defizitär ist. Vor diesem Hintergrund sollten Maßnahmen eingeleitet werden, die das Inanspruchnahmeverhalten eben dieser Bevölkerungsgruppen deutlich verbessert.

Die z. T. sehr geringe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen lässt großen Handlungsbedarf erkennen.

Ausgewählte medizinische Befunde der Schuleingangsuntersuchung

Im Rahmen der alljährlich vom KJÄD durchgeführten Schuleingangsuntersuchung werden zahlreiche Befunde erhoben. Eine komplette Darstellung würde den Rahmen dieses Berichtes bei weitem sprengen. Vor diesem Hintergrund werden im folgenden nur die häufigsten Befunde dargestellt.

Für den Kreis Düren kristallisieren sich in diesem Kontext die Befunde Haltungsschwäche, Hörstörungen, Übergewicht, Koordinationsstörungen, Sprachstörungen sowie Herabsetzung der Sehschärfe heraus. Diese werden in Abbildung 9 dargestellt.



n = 3.070 / sämtliche Angaben in Prozent

Kreisgesundheitsamt Düren / Kindes- und Jugendärztlicher Dienst / Schuleingangsuntersuchung 1999/2000

Abbildung 9: Häufigste Befunde der Schuleingangsuntersuchung im Kreis Düren 1999/2000

In den vergangenen Jahren werden vom KJÄD zunehmend Entwicklungsverzögerungen sowie Auffälligkeiten im Bereich Verhalten und Wahrnehmung festgestellt. Dringender Handlungsbedarf wird in folgenden Frühfördermaßnahmen gesehen:

- Sprachtherapie
- Ergotherapie
- Motopädie
- Psychomotorische Übungsbehandlung
- Erziehungsberatung
- Psychotherapie (Schulpsychologischer Dienst / Kinder- und Jugendpsychiater)
- frühzeitige vorschulische Untersuchungen

Bei Rückfragen zu diesem Kapitel oder weiterem Informationsbedarf wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren
Kindes- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD)
Dietlinde Bachmann
Tel.: 02421 / 22 - 24 06
Fax: 02421 / 22 - 24 09
E-Mail: Dietlinde.Bachmann@kreis-dueren.de

Zahngesundheit

Die Karieshäufigkeit bei Kindern ist bundesweit und auch im Kreis Düren rückläufig. Die Daten des Arbeitskreises Zahngesundheit (der Arbeitskreis setzt sich aus Krankenkassen im Kreis Düren, 30 niedergelassenen Zahnärzten sowie dem Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zusammen) belegen diese erfreuliche Entwicklung in eindrucksvoller Art und Weise.

Die Zahngesundheit der Kinder im Kreis Düren hat sich im vergangenen Jahrzehnt aufgrund umfangreicher Prophylaxebemühungen des Arbeitskreises Zahngesundheit erheblich verbessert.

Innerhalb der vergangenen 12 Jahre konnte die Karieshäufigkeit bei den Kindergarten- und Grundschulkindern im Kreis Düren deutlich gesenkt werden. ¾ aller Kindergartenkinder wiesen 1999 ein naturgesundes Gebiss auf, während es 1987 nur jedes zweite war. Die Zahl der sanierungsbedürftigen Gebisse sank in diesem Zeitraum um etwa 50% (vgl. Abbildung 10).

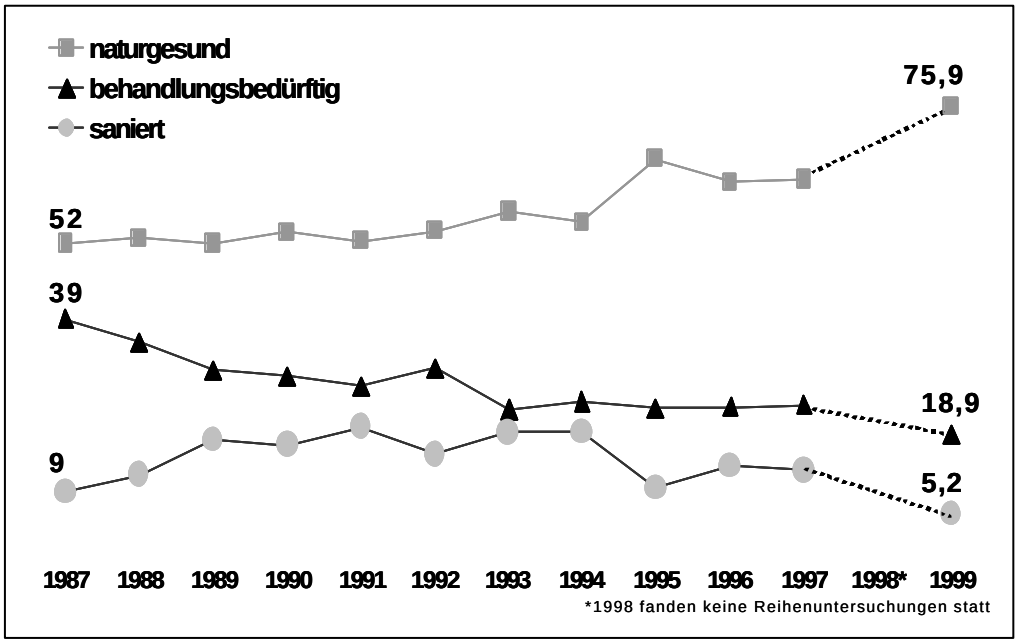


Abbildung 10: Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen in Kindergärten des Kreises Düren von 1987 bis 1999 (Quelle: Arbeitskreis Zahngesundheit im Kreis Düren 2000)

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Grundschul-Reihenuntersuchungen wider. Auch hier ist eine deutliche Abnahme der behandlungsbedürftigen (von 28 auf 8,8 Prozent) sowie der sanierten Gebisse (von 18 auf 6,1 Prozent) zu verzeichnen. Dementsprechend stieg der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss im Zeitraum 1987 bis 1999 um 30 Prozent an (von 54 auf 85,1 Prozent) (vgl. Abbildung 11 auf der folgenden Seite).

Der Kariesrückgang wird einerseits auf verstärkte Bemühungen im Bereich der Gruppenprophylaxe, aber auch auf Fluoridierungsmaßnahmen zurückgeführt.

Trotz erheblicher Erfolge gibt es immer noch besonders kariesgefährdete Kinder, insbesondere in Familien mit geringem Sozialstatus

Bei der insgesamt erfreulichen Entwicklung darf jedoch nicht übersehen werden, dass es eine deutliche Ungleichverteilung von Karies in der Bevölkerung gibt, was durch aktuelle Studien zur Zahngesundheit belegt wird. Die Karieshäufigkeit ist in starkem Maße schichtspezifisch verteilt. So konnte eine sozialmedizinische Studie (ROBKE 2000) zeigen, dass die Kariesprä-

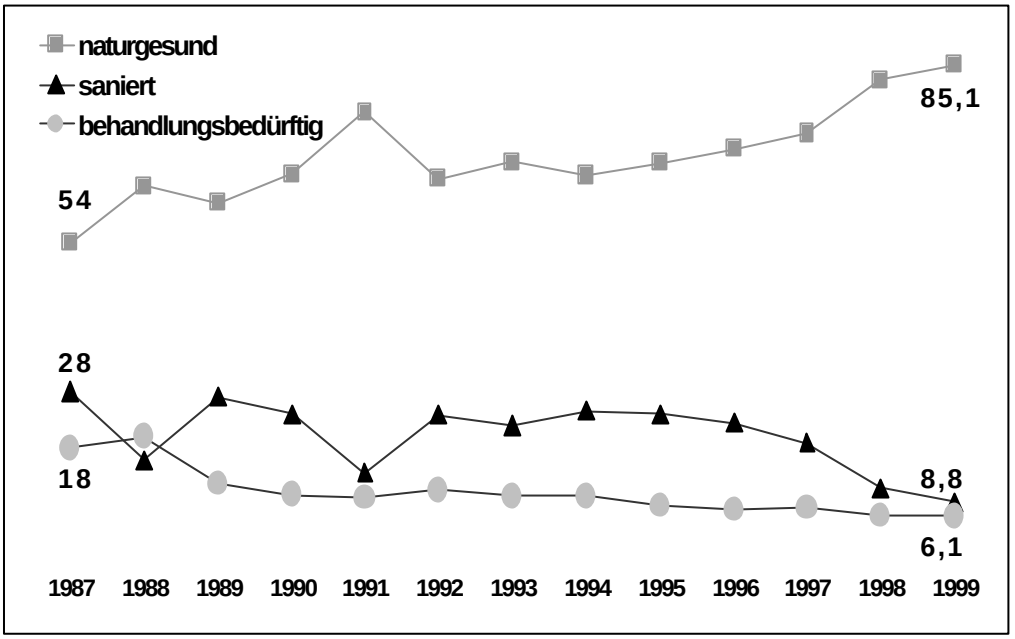


Abbildung 11: Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen in Grundschulen des Kreises Düren von 1987 bis 1999 (Quelle: Arbeitskreis Zahngesundheit im Kreis Düren 2000)

valenz in sozialen Brennpunkten Hannovers etwa 5 mal höher ausfällt als in privilegierten Stadtteilen. Darüber hinaus muss bei Kindern aus Migrantenfamilien ein deutlich schlechterer Zahnstatus konstatiert werden als bei deutschen Kindern (ebd.). Für den Kreis Düren kann diese Aussage aus den Erfahrungen des Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes bestätigt werden.

Im Mai 2000 wurde erstmals eine zahnärztliche Intensivprophylaxe (incl. Fluoridierung) in einem Stadtteil mit Merkmalen sozialer Benachteiligung durchgeführt.

Der Arbeitskreis Zahngesundheit hat vor diesem Hintergrund erstmals im Mai 2000 eine zahnärztliche Intensivprophylaxe in einem Stadtteil mit einem besonders hohen Anteil an Kariesrisikokindern durchgeführt. Den betreffenden Kindern wurde durch eine Zahnärztin des Gesundheitsamtes ein Fluoridlack (Duraphat) aufgetragen. Diese Maßnahme wurde im Dezember des gleichen Jahres wiederholt. Auch wenn noch keine Evaluationsergebnisse vorliegen, kann schon jetzt die Aussage getroffen werden, dass derartige Intensivprophylaxemaßnahmen bei Kariesrisikokindern wirksam sind. Eine Fortsetzung dieser Bemühungen wird angestrebt.

Fazit Zahngesundheit:

Die in diesem Kapitel aufgezeigte, positive Entwicklung des Zahnstatus´ bei Kindern im Kreis Düren kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Karieshäufigkeit sozial ungleich verteilt ist. Vor diesem Hintergrund muss künftig darüber nachgedacht werden, ob und inwieweit es sinnvoll und möglich ist, sozialkompensatorische Prophylaxemaßnahmen zu intensivieren.

Bei Rückfragen zu diesem Kapitel oder weiterem Informationsbedarf wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren / Jugendzahnpflege
Dr. Karola Zahran
Tel.: 02421 / 22 - 22 19
Fax: 02421 / 22 - 22 09
E-Mail: gesundheitsamt@kreis-dueren.de

Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung (20-64)

In diesem Kapitel finden Sie Daten / Informationen zu folgenden Themen:

- Langzeitarbeitslosigkeit
- Morbidität
  - Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
  - krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit
- Mortalität
  - ausgewählte Todesursachen
  - vermeidbare Sterbefälle

Liegen für die Altersphase Kindheit noch relativ gute und umfassende Informationen vor, so muss für den Erwachsenenbereich eine überwiegend defizitäre Datenlage festgestellt werden. Die im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlung erhobenen Daten werden zumeist unter abrechnungstechnischen Aspekten erhoben und liefern daher - wenn überhaupt - nur sehr eingeschränkte Informationen für die kommunale Gesundheitsberichterstattung. Dennoch wird in diesem Kapitel der Versuch unternommen, für den Kreis Düren einigermaßen aussagekräftige Daten darzustellen. Bedauerlicherweise ist darüber hinaus ihre Aktualität nur in sehr eingeschränktem Maße gegeben.

Die Datenlage zur Gesundheitssituation von Erwachsenen muss als defizitär bezeichnet werden

Langzeitarbeitslosigkeit

Ein wichtiger Faktor für die Gesundheit im Erwachsenenalter ist in der Rate der Langzeitarbeitslosigkeit zu sehen. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand wurde unlängst wissenschaftlich nachgewiesen (vgl. Siegrist 1998).

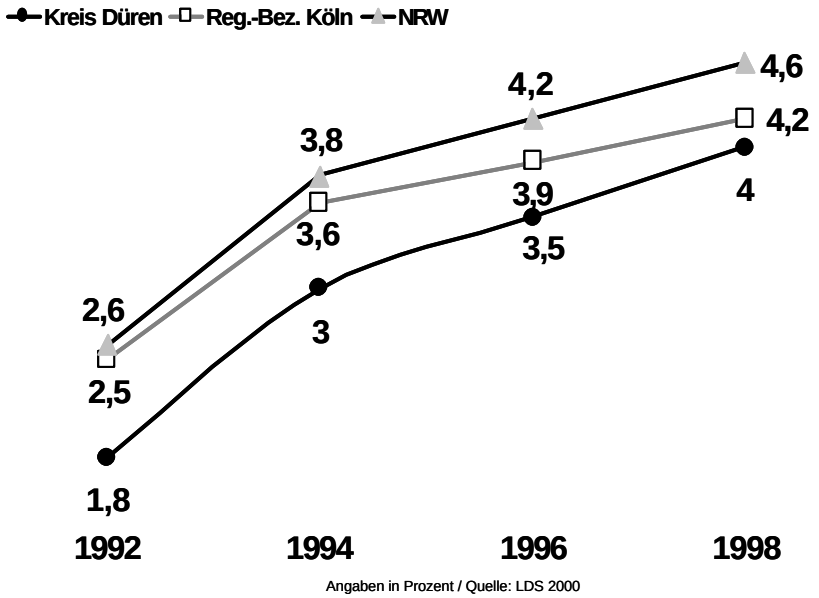


Abbildung 12: Entwicklung der Langzeitarbeitslosigkeit: Kreis Düren im Vergleich mit dem Regierungsbezirk Köln und Nordrhein-Westfalen

Vor diesem Hintergrund muss die Situation im Kreis Düren zwar nicht mit Sorge, aber doch mit Aufmerksamkeit beobachtet werden. Im Zeitraum von 1992 bis 1998 hat sich die Rate

der Langzeitarbeitslosen im Kreis Düren mehr als verdoppelt (von 1,8 auf 4 Prozent). Damit vollzieht sich hier eine ähnliche Entwicklung wie im Regierungsbezirk Köln und auch in ganz Nordrhein-Westfalen.

Morbidität[4]

Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit

Ein weiterer Parameter, der Anhaltspunkte zum Gesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerung gibt, sind die Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit. Dies ist nicht nur für den Einzelnen von großer Bedeutung, sondern stellt auch unter volkswirtschaftlicher Betrachtungsweise eine erhebliche Problematik dar, handelt es sich bei diesem Indikator doch ausschließlich um Rentenzugänge, die vorzeitig erfolgen, also vor Erreichen der eigentlichen Altersgrenze.

Die Daten der Rentenversicherungsträger geben einen recht guten Überblick über vorzeitige krankheitsbedingte Berentungen. So werden nach Diagnoseschlüsseln differenziert die Gründe für frühzeitige Berentungen erfasst.

Insgesamt zeigt sich im Kreis Düren im Vergleich zu NRW ein deutlich höheres Maß an frühzeitigen Berentungen.

Im Folgenden werden die vier bedeutendsten Erkrankungsarten dargestellt, die Grundlage für frühzeitige Berentungen sind. Dies sind: Muskel- und Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Psychische Erkrankungen und Krebserkrankungen. Bei allen vier Erkrankungsarten besteht im Kreis Düren eine deutlich höhere Problematik im Vergleich mit Nordrhein-Westfalen (Ausnahme: Krebserkrankungen). Eine Gesamtübersicht für den Kreis Düren ist in Abbildung 13 dargestellt:

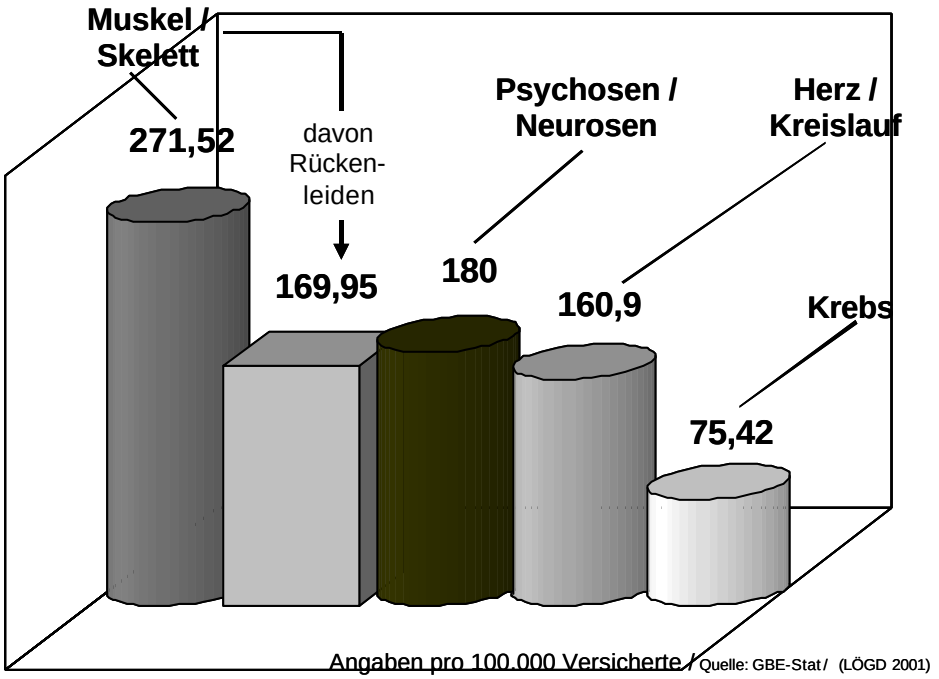


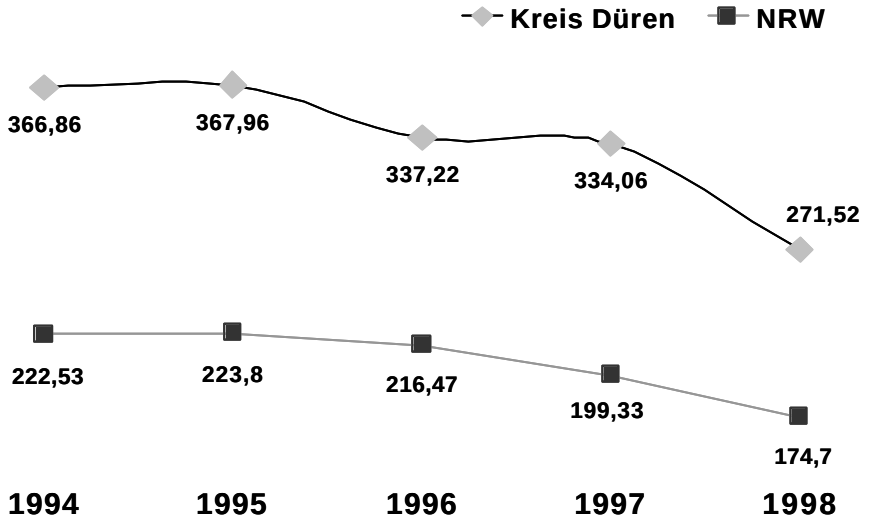
Abbildung 13: Frühzeitige Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosearten für den Kreis Düren 1998

[4] Morbidität = Krankheitshäufigkeit

Muskel- und Skeletterkrankungen

Muskel- und Skeletterkrankungen sind Ursache Nr. 1 für frühzeitige Berentungen im Kreis Düren

Eine zentrale Bedeutung haben in diesem Kontext die Muskel- und Skeletterkrankungen, dabei in ihrer Häufigkeit hervorstechend Dorsopathien (Rückenleiden). Sie verursachen neben einem hohen Maß an persönlichem Leid mit entsprechend eingeschränkter Lebensqualität auch enorme Kosten und sind Ursache Nr. 1 für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und frühzeitige Berentungen in Deutschland. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 1998). Für den Kreis Düren müssen bei diesem Krankheitsbild im Vergleich mit NRW sogar erheblich mehr Rentenzugänge konstatiert werden (vgl. Abbildung 14). Die Ursachen für diesen deutlich höheren Wert sind auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials nicht erklärbar.



Angaben pro 100.000 Einwohner / Quelle: GBE-Stat / ICD 710-739 (LÖGD 2001)

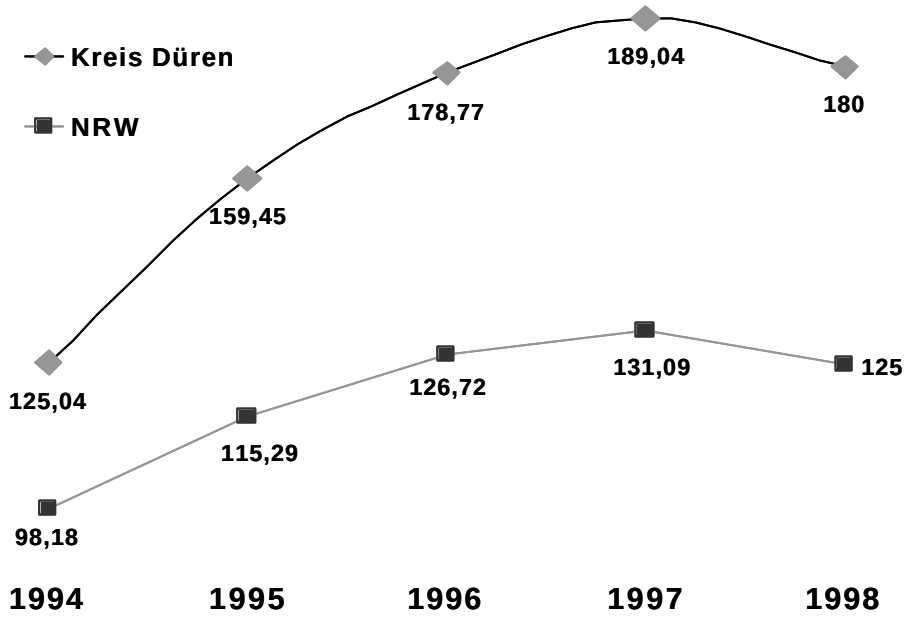
Abbildung 14: Frühzeitige Rentenzugänge aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen

Psychische Erkrankungen

psychische Erkrankungen sind ein immer häufigerer Grund für frühzeitige Berentungen.

Ebenfalls große Bedeutung haben die frühzeitigen Berentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen (Psychosen und Neurosen sowie in geringerem Maße Oligophrenien[5]). Auch hier liegen die Werte für den Kreis Düren erheblich über dem Landesschnitt (vgl. Abbildung 15). Problematisch erscheint darüber hinaus, dass sich sowohl im Landesdurchschnitt als auch im Kreis Düren ein deutlicher Anstieg frühzeitiger Berentungen zu verzeichnen ist. Von 1994 bis 1998 stiegen die Frühberentungen um insgesamt 43,95 % (NRW: 27,32 %), wobei 1998 bereits wieder ein leichter Rückgang erkennbar ist. Eine Interpretation ist auf der Grundlage der vorliegenden Daten kaum möglich. Ein Erklärungsansatz könnte aber darin gesehen werden, dass aufgrund der Rheinischen Landesklinik in Düren, die ein weit über das Kreisgebiet hinaus gehendes Einzugsgebiet hat, eine größere Zahl von Patienten mit psychischen Erkrankungen in den Kreis Düren übersiedeln und hier letztendlich frühzeitig berentet werden.

[5] Oligophrenien sind im engeren Sinn keine Erkrankungen, sondern eher Behinderungen.



Angaben pro 100.000 Einwohner / Quelle: GBE-Stat / ICD 290-319 (LÖGD 2001)

Abbildung 15: Frühzeitige Rentenzugänge aufgrund von Psychosen / Neurosen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In Ihrer Bedeutung mit Hinblick auf frühzeitige Berentungen abnehmend, stellen sich die Herz-Kreislauf Erkrankungen dar. Zwar sind sie weiterhin mit großem Abstand die Todesursache Nr. 1 der deutschen Bevölkerung, es scheint sich aber zumindest eine günstige Entwicklung im Bereich der jüngeren (hier: arbeitsfähigen) Bevölkerung abzuzeichnen. Der Rückgang der Frühberentungen könnte allerdings auch auf verbesserte rehabilitative Leistungen zurückzuführen sein, durch die mehr Betroffene als früher in den Arbeitsprozess zurückkehren können.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Der Kreis Düren liegt hier deutlich über dem Landesschnitt

Erstaunlicherweise zeigen sich auch für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich höhere Werte für den Kreis Düren gegenüber dem Landesdurchschnitt. Diesen Sachverhalt verdeutlicht Abbildung 16.

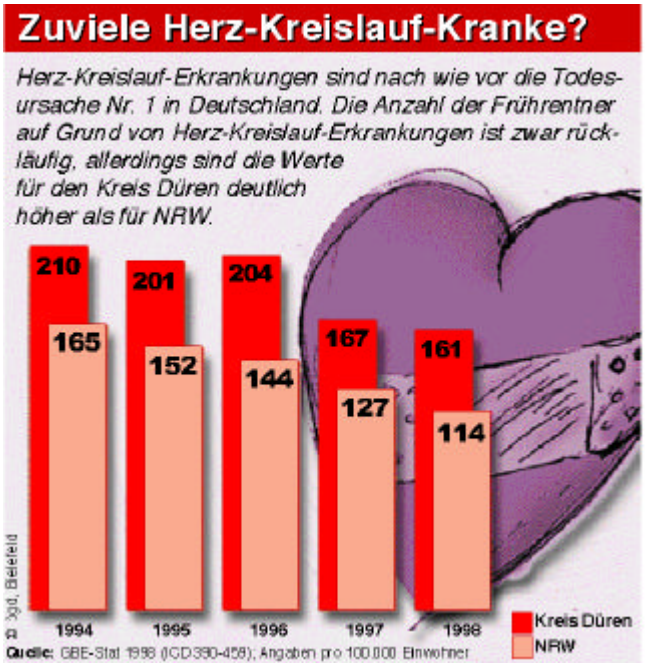
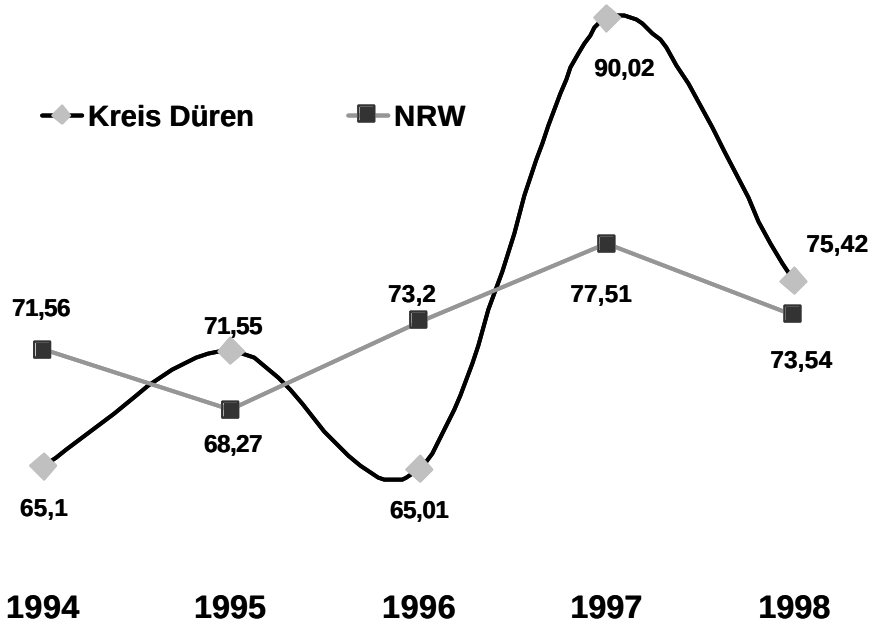


Abbildung 16: Frühzeitige Rentenzugänge aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bösartige Neubildungen (Krebs)

Die Rate der Frühberentungen durch bösartige Neubildungen (Krebs) entwickelt sich im Kreis Düren ähnlich wie der Landesdurchschnitt, wenn auch deutlich stärker schwankend. Bei diesem Erkrankungsbild zeigt sich im Fünfjahresvergleich bedauerlicherweise kein Rückgang sondern eine Stagnation. Diese Entwicklung verdeutlicht Abbildung 17.



Angaben pro 100.000 Einwohner / Quelle: GBE-Stat / ICD 140-208, 230-234 (LÖGD 2001)

Abbildung 17 Frühzeitige Rentenzugänge aufgrund von bösartigen Neubildungen (Krebs)

⇨ Umfassendere Informationen zum Thema Krebs sowie zum *'Arbeitskreis Krebswegweiser'* der Gesundheitskonferenz des Kreises Düren sind auf Seite 36 zu finden.

Bei Rückfragen zu diesem Kapitel oder weiterem Informationsbedarf wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Carsten Rumpeltin
Tel.: 02421 / 22 - 22 07
Fax: 02421 / 22 - 25 93
E-Mail: carsten.rumpeltin@kreis-dueren.de

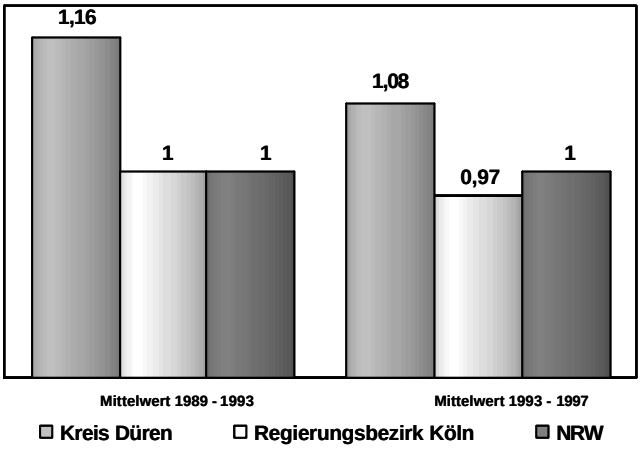
Mortalität[6]

Vermeidbare Sterbefälle[7]

Der Kreis Düren steht im Vergleich mit Land und Regierungsbezirk meistens besser dar.

Die Situation der vermeidbaren Sterbefälle stellt sich für den Kreis Düren unterschiedlich dar. Gibt es bei KFZ-Unfällen eine deutlich höhere Sterblichkeit gegenüber dem Regierungsbezirk Köln und NRW zeigt sich bei anderen Todesursachen ein im Vergleich meist günstigeres Bild. Da es sich jedoch um *vermeidbare* Sterbefälle handelt, sollte dies nicht Anlass dazu geben, die Hände in den Schoß zu legen. Jeder dieser Todesfälle hätte schließlich qua definitionem bei optimaler Prävention vermieden werden können. Die Daten werden dargestellt als *Standardisierter Mortalitätsindex*[8].

Die Abbildungen 18 und 19 zeigen die Indikatoren, bei denen der Kreis Düren im Vergleich zum Regierungsbezirk Köln und dem Land NRW schlechter abschneidet.



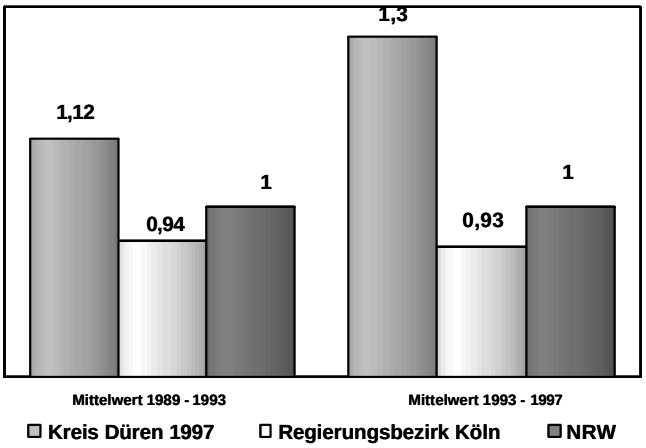
ICD 162 (Bösart. Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge / 15-64 Jahre, insges.) standardisierter Mortalitätsindex (SMR) / Quelle: LDS 2000

Abbildung 18: Vermeidbare Sterbefälle im räumlichen Vergleich:

Bösartige Neubildungen (Krebs) der Luftröhre, Bronchien und Lunge

Todesursachen aufgrund von Kfz-Unfällen und Krebs treten im Kreis Düren überdurchschnittlich häufig auf.

Abbildung 19: Vermeidbare Sterbefälle im räumlichen Vergleich: KFZ-Unfälle



ICD 810-825 (KFZ-Unfälle / 0-99 Jahre) standardisierter Mortalitätsindex (SMR) / Quelle: LDS 2000

---

[6] Mortalität=Sterblichkeit

[7] Der Indikator *"Vermeidbare Sterbefälle"*, wurde nach Vorschlägen der gleichnamigen EG-Arbeitsgruppe gebildet und bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die bei optimaler Versorgung als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten. (Quelle: LÖGD 1996)

[8] *Standardisierter Mortalitätsindex* (SMR = Standardized Mortality Ratio) = Verhältnis der tatsächlich eingetretenen Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen, wobei letztere definiert sind als Anzahl der Sterbefälle, die man in der zu untersuchenden Bevölkerung erwarten würde, wenn das Sterbeverhalten das gleiche wäre wie in der Standardbevölkerung.

Ausgewählte Todesursachen

In diesem Kapitel werden die **häufigsten Todesursachen der erwachsenen Bevölkerung** dargestellt. In dieser Altersphase dominieren sowohl bei Frauen als auch bei Männern krebsbedingte Todesursachen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Andere Todesursachen spielen in Nordrhein-Westfalen eine vergleichsweise unbedeutende Rolle (vgl. Abbildung 20).

Krebs: Todesursache Nr. 1 bei den 35-64-Jährigen

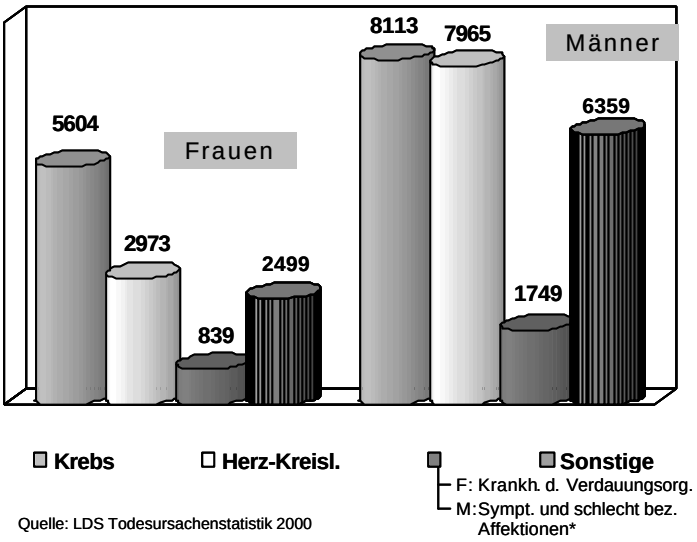


Abbildung 20: Die drei häufigsten Todesursachen der 35- bis 64- jährigen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen

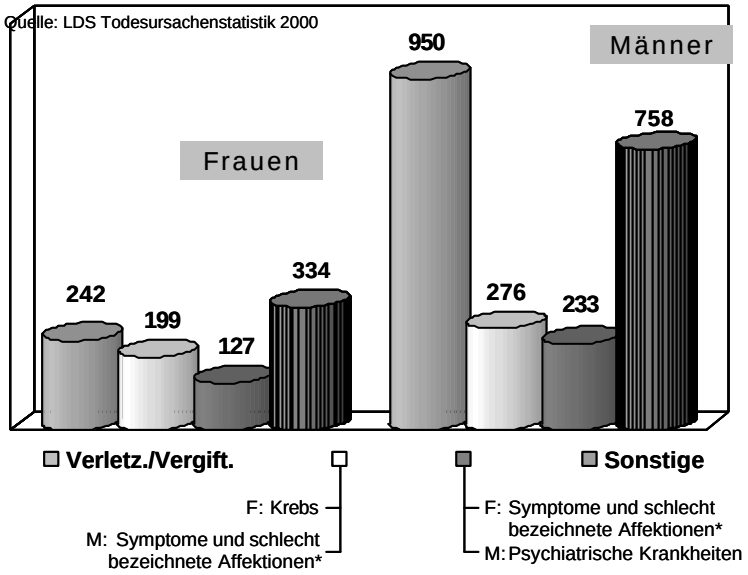
(Gesamtfälle Mittelwert 1995-1997)

Im Vergleich dazu zeigt sich bei der Altersgruppe der 15[9]-bis 34-jährigen ein vollkommen anderes Bild. Hier stehen Vergiftungen und Verletzungen als häufigste Todesursache im Vordergrund, wenngleich auch die Krebserkrankungen bei den Frauen bereits eine erhebliche Bedeutung haben (vgl. Abbildung 21).

Bei den 15-34-Jährigen dominieren Verletzungen und Vergiftungen

Abbildung 21: Die drei häufigsten Todesursachen der 15- bis 34- jährigen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen

(Gesamtfälle Mittelwert 1995-1997)



[9] Die 15-Jährigen gehören gemäß der im Bericht benutzten Altersgliederung selbstverständlich nicht zu der erwachsenen Bevölkerung. Die zugrunde liegende Datenquelle lässt jedoch nur Aussagen für das Altersspektrum 15-34 zu.

* Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen sind vereinfacht formuliert Todesfälle ohne eindeutige abschließende Diagnose.

Die Situation stellt sich im Kreis Düren ganz ähnlich dar. Auffällig sind die rel. hohen Sterblichkeitszahlen - vorwiegend bei den 35-65-jährigen Männern - aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang sicherlich eine bessere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, die für beide Krankheitsgruppen kostenlos angeboten werden und natürlich ein gesünderer Lebensstil (insbes. Nichtrauchen, körperl. Aktivität, Ernährung).

Bei Rückfragen zu diesem Kapitel oder weiterem Informationsbedarf wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Carsten Rumpeltin
Tel.: 02421 / 22 - 22 07
Fax: 02421 / 22 - 25 93
E-Mail: carsten.rumpeltin@kreis-dueren.de

Gesundheit der älteren Bevölkerung (60/65+)

In diesem Kapitel finden Sie Daten / Informationen zu folgenden Themen:

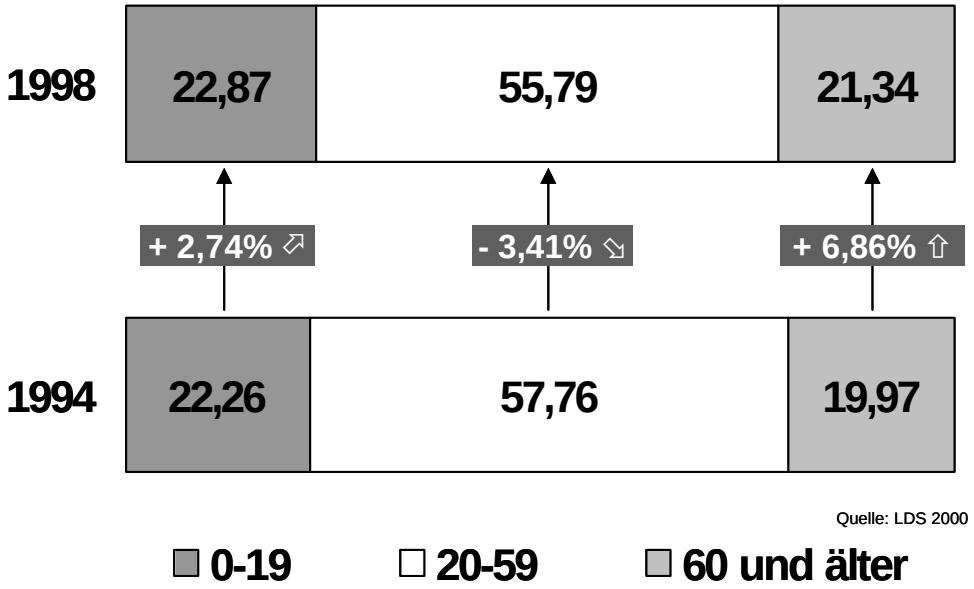
- Bevölkerungsentwicklung der älteren Einwohner des Kreises Düren
- Morbidität (Krankenhausentlassdiagnostik der über 65-Jährigen)
- Mortalität (Sterblichkeitsrate der über 65-Jährigen)

Gesundheit im Alter ist ein Zustand, der in der heutigen Zeit relativ selten vorkommt. Kaum jemand klagt nicht über wenigstens eine ernsthafte Erkrankung, viele ältere Menschen leiden sogar an mehreren Erkrankungen gleichzeitig (sind multimorbide). So lässt sich zweifelsfrei sagen, dass der Fokus im Alter überwiegend auf Aspekte der Multimorbidität gelenkt werden sollte und nicht so sehr auf einzelne Erkrankungen. Darüber hinaus handelt es sich i.d.R. um chronische Erkrankungen, deren vollständige Heilung nicht mehr möglich ist, sondern deren Behandlung darauf ausgelegt sein muss, Krankheitsbewältigung bzw. ein bestmögliches Leben mit der Erkrankung / bzw. den Erkrankungen zu fördern.

Multimorbidität im Alter erfordert andere Gesundheitsstrategien: Krankheitsbewältigung steht hier im Vordergrund.

Der Hauptgrund für die Zunahme der Altersmorbidität ist darin zu sehen, dass die Menschen in Deutschland immer älter werden. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt für Frauen 80 Jahre und für Männer 73,6 Jahre (zum Vergleich die Situation 1901 ⇨ Frauen: 48,33 Jahre, Männer: 44,82 Jahre) (Bundesministerium für Gesundheit 1999). Naturgemäß erhöht sich im Alter die Wahrscheinlichkeit, dass sich vorhandene Krankheiten manifestieren und neue hinzukommen. Der Anstieg der Lebenserwartung ist auf hervorragende sozial-ökologische Umstände in Deutschland zurückzuführen sowie auf Errungenschaften der modernen Medizin. Vor allem letztere ermöglicht gerade im höheren Alter oftmals lebenserhaltende / lebensrettende Maßnahmen

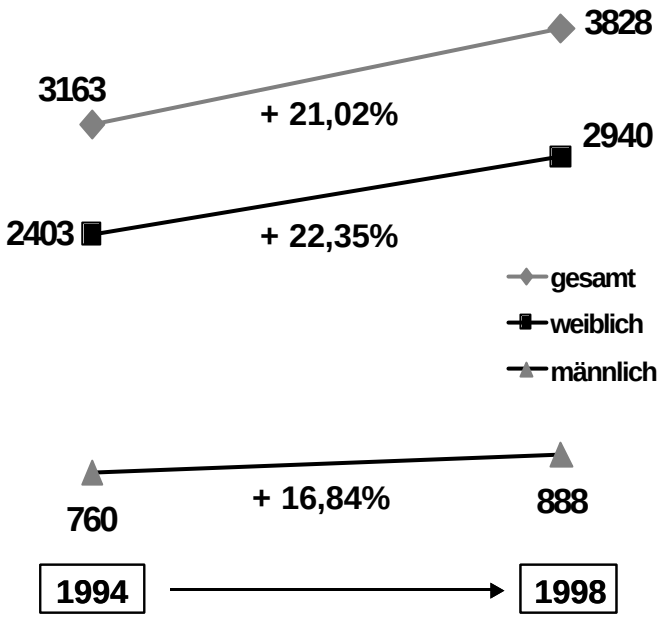
Die Lebenserwartung hat sich in Deutschland im vergangen Jahrhundert in etwa verdoppelt.



n = 255.526 (1994) / 262.756 (1998) / sämtliche Angaben in Prozent

Abbildung 22: Altersverschiebung im Kreis Düren von 1994 bis 1998

Vor diesem Hintergrund kann es nicht verwundern, dass immer mehr Menschen älter werden und gleichzeitig in zunehmendem Maße multimorbide. Während in früheren Zeiten eine schwere Erkrankung oftmals zum Tode führte, kann dies mit den heute verfügbaren Möglichkeiten der Medizin in vielen Fällen herausgezögert werden. Dass damit die Wahrscheinlichkeit steigt, weitere Erkrankungen zu erleiden, liegt auf der Hand.



Quelle: LDS 2000

Abbildung 23: Bevölkerungsentwicklung der über 85-jährigen im Kreis Düren

Die Bevölkerungsstruktur wird sich im Kreis Düren in den kommenden Jahren maßgeblich verändern und erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben. Abbildung 22 veranschaulicht die Zunahme der über 60-jährigen Bevölkerung im Zeitraum von 1994 bis 1998. So ist deren Anteil an der Gesamtbevölkerung allein in diesem kurzen Zeitraum von 19,97 auf 21,34 Prozent gestiegen.

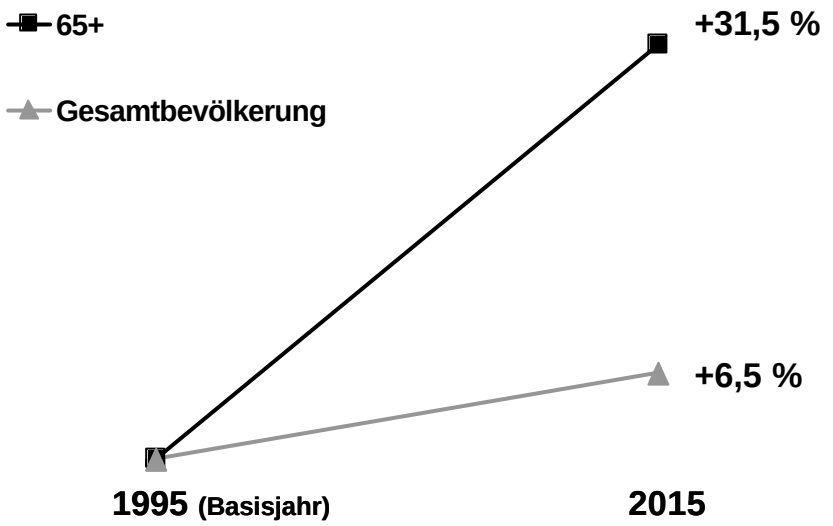
Der Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung wird in den kommenden Jahren erheblich steigen.

Auch der Anteil der Altersgruppe über 85 stieg in diesem Zeitraum erheblich und zwar um insgesamt 21%. Diese Entwicklung verdeutlicht Abbildung 23.

Prognosen erlauben die Einschätzung, dass die Bevölkerung des Kreises Düren bis zum Jahr 2015 gegenüber dem Basisjahr 1995 um 6,5% steigen wird. Im gleichen Zeitraum ist aber mit einem Anstieg der über 65-jährigen Einwohner um 31,5% zu rechnen (vgl. Abbildung 24).

Da nicht davon auszugehen ist, dass sich in näherer Zukunft Änderungen in der Prävalenz (Gesamtzahl der Erkrankten) und Inzidenz (Neuerkrankungsrate pro Jahr) der typischen Erkrankungen unserer Zeit ergeben werden, muss vor diesem Hintergrund auch mit einer deutlichen Zunahme von kranken älteren Menschen gerechnet werden mit entsprechenden Auswirkungen auf die Finanzierung und Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Die Bevölkerungsentwicklung wird erheblichen Einfluss auf die künftige Finanzierung und Ausgestaltung des Gesundheitswesens haben.



(n = 256 310) (n = 272 917)
Quelle: LDS 2000 prognostiziert

Abbildung 24: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Düren von 1995 bis 2015 (Prognose)

Bei Rückfragen zu diesem Kapitel oder weiterem Informationsbedarf wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Carsten Rumpeltin
Tel.: 02421 / 22 - 22 07
Fax: 02421 / 22 - 25 93
E-Mail: carsten.rumpeltin@kreis-dueren.de

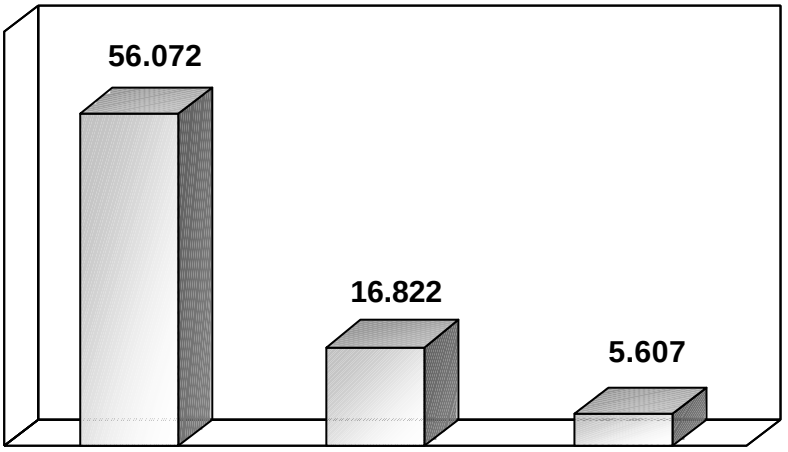
Morbidität [10] im Alter

Wie bereits ausgeführt, leiden viele Menschen im Alter unter einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Vorhandene Datenbestände lassen bedauerlicherweise keine Rückschlüsse auf Multimorbidität zu. Insofern kann lediglich auf Daten aus einer Versichertenstudie der Dortmunder AOK von 1988 verwiesen werden. Zwar sind sie nicht mehr besonders aktuell und können schon gar nicht im Verhältnis 1:1 auf den Kreis Düren übertragen werden. Dennoch bieten sie zumindest Anhaltspunkte für besondere Problemschwerpunkte im Alter.

Es ist davon auszugehen, dass etwa 10 Prozent der über 60-Jährigen an drei und mehr chronischen Erkrankungen gleichzeitig leiden.

Definiert man den multimorbiden Patienten als Patienten mit mindestens zwei chronischen Erkrankungen, dann ist mit einer Prävalenzrate von ungefähr 30% der Versicherten über 60 Jahre zu rechnen. Legt man die Definitionsgrenze bei drei und mehr Erkrankungen an, so muss mit 10% gerechnet werden (vgl. KÖSTER/V. FERBER 1997).

Bei Übertragung dieses Verhältnisses auf den Kreis Düren ergibt sich das folgende Bild: Im Kreis Düren lebten 1998 56.072 Personen im Alter von über 60 Jahren. Das daraus zu erwartende Ausmaß an Multimorbidität wird durch die folgende Abbildung veranschaulicht.



Angaben in absoluten Zahlen / Quelle: LDS sowie Köster / v. Ferber 1997

Abbildung 25: Anzunehmendes Ausmaß der (alters-) multimorbiden Bevölkerung im Kreis Düren 1998

Relevante Alterserkrankungen werden in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich dargestellt. Dies sind in Anlehnung an KÖSTER und V. FERBER (1997):

- Chronische Bronchitis
- Chronische rheumatische Erkrankungen
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Bösartige Neubildungen (Krebs)
- Psychische Erkrankungen
- Schlaganfall (incl. TIA)

[10] Morbidität = Krankheitshäufigkeit

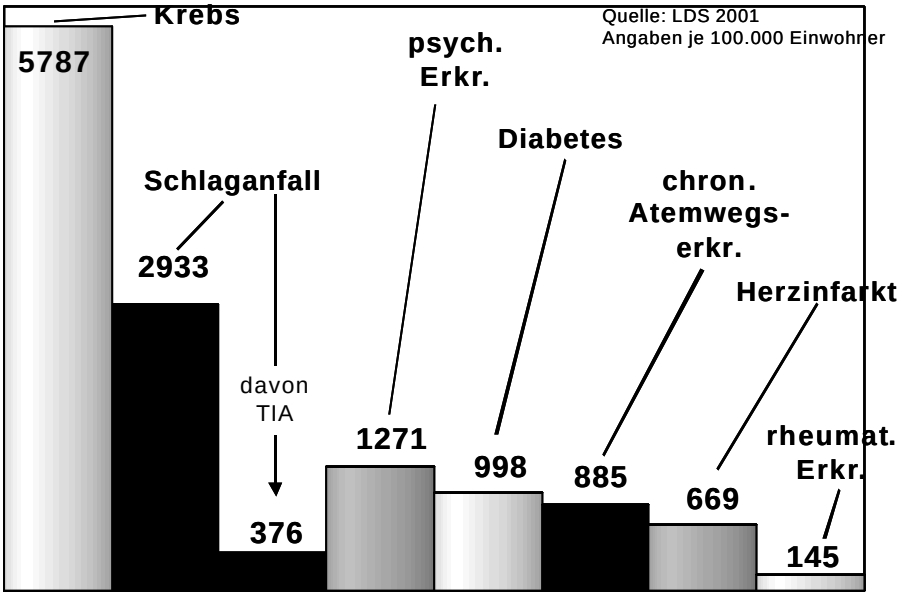


Abbildung 26: Stationäre Krankenhausfälle (65+) / Diagnosen im Vergleich / Kreis Düren 1998

Die Häufigkeit dieser Erkrankungen im Kreis Düren wird durch Abbildung 26 verdeutlicht. Angegeben sind die Fälle, bei denen eine Krankenhausbehandlung vorgelegen hatte. Die Auswahl der Diagnosen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, deckt aber einen großen Anteil des im Alter vorherrschenden Krankheitsspektrums ab. Die obige sowie die folgenden Darstellungen sind auf der Grundlage von Krankenhausentlassdiagnosen entstanden. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die genannten Fälle aufgrund mehrfacher stationärer Krankenhausaufenthalte einer einzigen Person nicht unbedingt der Anzahl tatsächlich Erkrankter entsprechen. Die genannten Zahlen beziehen sich jeweils auf 100.000 Einwohner. Die Gesamtfälle für den Kreis Düren liegen also deutlich darunter[11]. Diese Bezugsgröße bietet sich aber an, um regionale Vergleiche zu ermöglichen.

Krankenhausentlass-diagnosen erlauben halbwegs fundierte Aussagen über das Krankheitsspektrum im Alter

Chronische Bronchitis und andere obstruktive Erkrankungen der unteren Atemwege

Chronische Bronchitis und andere obstruktive Erkrankungen der unteren Atemwege treten gehäuft im höheren Lebensalter auf. Innerhalb dieser Krankheitsgruppe kommt die chronische Bronchitis am häufigsten vor. Ihr Leitsymptom ist die Entzündung der Bronchialschleimhaut[12]. Sie kann durch unterschiedliche äußere Einflüsse ausgelöst werden, die wie Gifte (Noxen) wirken (z.B. Tabakrauch, natürliche oder chemische Allergene). Männer sind in etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen (Im Jahr 1998 wurden mit dieser Diagnose im Kreis Düren 1.323 Männer und 602 Frauen über 65 Jahre stationär behandelt[13]).

Ältere Männer leiden etwa doppelt so häufig an chronischen Atemwegserkrankungen wie gleichaltrige Frauen

Einen Überblick über die Situation im Kreis Düren im Vergleich mit NRW gibt Abbildung 27).

[11] Zum 31.12.1998 lebten im Kreis Düren 40.197 über Personen im Alter von über 65 oder älter, davon 60,58 Prozent Frauen und 39,42 Prozent Männer.

[12] Um von einer chronischen Bronchitis sprechen zu können, muss dieses Symptom an den meisten Tagen während mind. 3 Monaten pro Jahr auftreten (WHO-Definition).

[13] Bezogen auf 100.000 Einwohner

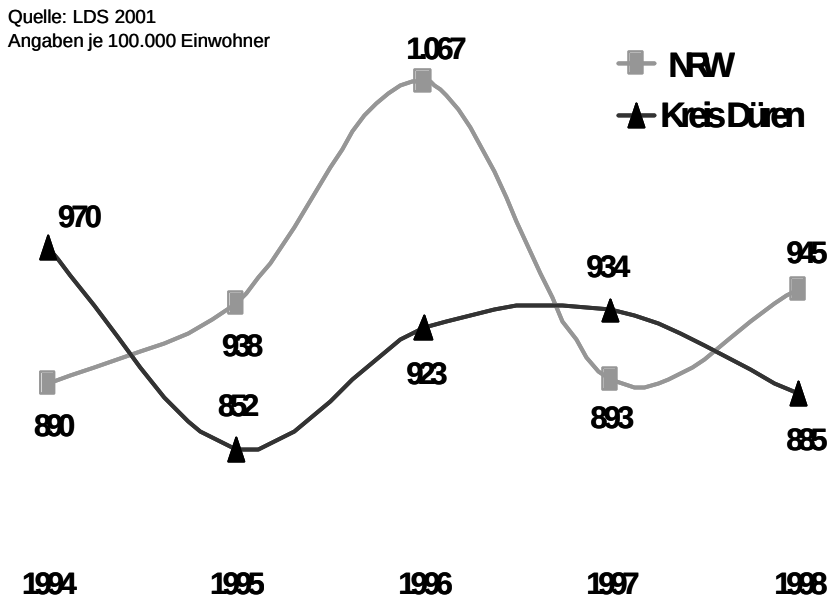


Abbildung 27: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Chron. Bronchitis (und andere obstruktive Atemwegserkrankungen - ICD 490-496)

Chronisch Rheumatische Erkrankungen

Die Bezeichnung Rheuma umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates. Betroffen von Schmerzen, Funktionseinbußen, Deformationen und Steifigkeit können Gelenke, Muskeln, Wirbelsäule und Sehnen sein. Auslöser rheumatischer Erkrankungen sind Infektionen, Stoffwechselstörungen oder Autoimmunreaktionen[14].

Stationäre Behandlungen aufgrund rheumatischer Erkrankungen sind im Kreis Düren deutlich seltener zu verzeichnen als im Landesschnitt

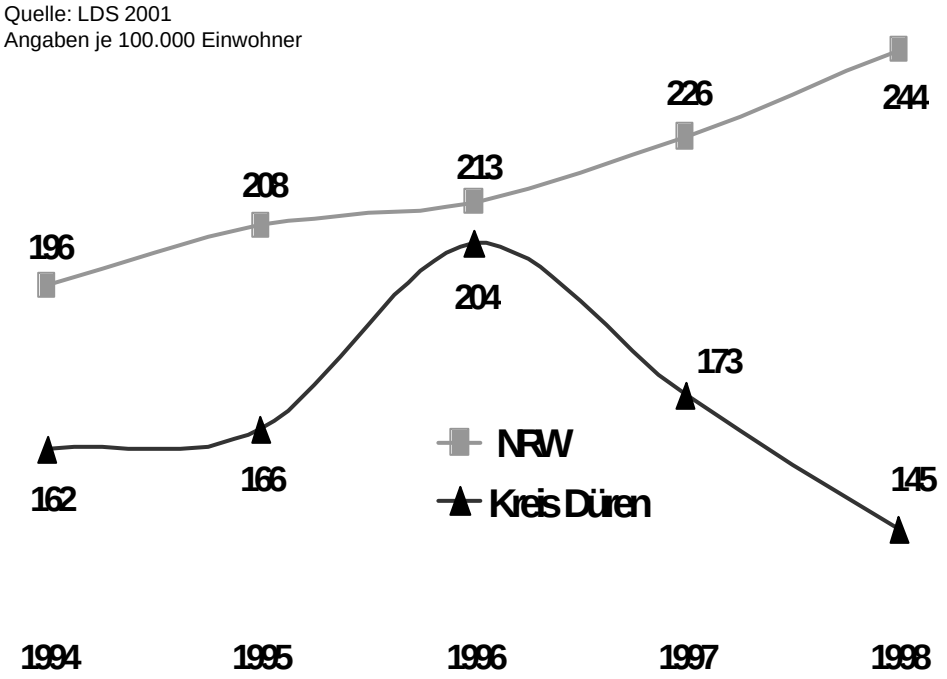


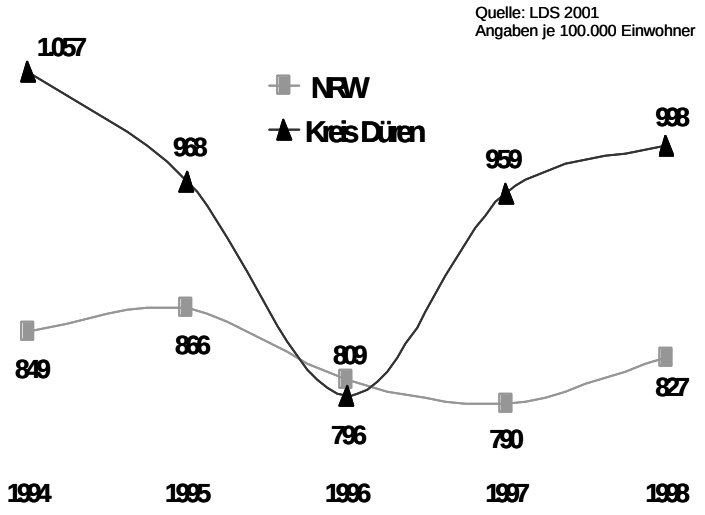
Abbildung 28: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Chron. Rheumatische Erkrankungen (ICD 725-729)

[14] autoimmun = gegen sich selbst gerichtet

Die stationären Behandlungsfälle aufgrund rheumatischer Erkrankungen der über 65-jährigen Bevölkerung steigen in NRW permanent an. Für den Kreis Düren zeigt sich ab 1996 ein erfreulicher Abwärtstrend. So kann zu diesem Krankheitsbild positiv hervorgehoben werden, dass sich die stationären Behandlungsfälle deutlich unter dem Landesdurchschnitt bewegen (vgl. Abbildung 28). Zwar gab es im Jahr 1996 eine Annäherung an den Landesschnitt, diese Entwicklung war 1997 und 1998 jedoch wieder stark rückläufig. Vor diesem Hintergrund zeichnet sich kein akuter Handlungsbedarf für den Kreis Düren ab.

Diabetes

Diabetes ist eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Man unterscheidet den Typ-I-Diabetes, der besonders im Jugendalter vorkommt und den Typ-II-Diabetes. Letztgenannter tritt vorwiegend im höheren Lebensalter auf und wird daher auch *Altersdiabetes* genannt. Während die Erkrankung selbst relativ wenige direkte Beschwerden verursacht, ist sie ein zentraler Risikofaktor für arteriosklerotisch bedingte Folgeerkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder periphere vaskuläre Erkrankungen. Ferner ist aufgrund der bei Diabetes verschlechterten Wundheilung die große Gefahr für Gewebsnekrosen[15] insbesondere der Füße gegeben, so dass im fortgeschrittenen Zustand oftmals Amputationen die Folge sind. Ebenso gefährdet ist die Sehkraft. Schlecht eingestellte Diabetiker können erblinden.



Diabeteserkrankungen werden in den Krankenhäusern des Kreises Düren häufiger behandelt als in anderen Kliniken in NRW (Ausnahme: 1996)

Abbildung 29: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Diabetes (ICD 250)

Insgesamt ist in Deutschland mit 4 Millionen Diabetikern zu rechnen *(genaue Zahlen liegen bedauerlicherweise nicht vor)*, wobei 90% davon Typ-II Diabetiker sind (vgl. Thefeld 1999).

Im Kreis Düren zeigt sich eine gegenüber dem Landesschnitt erhöhte Problematik. Mit Ausnahme des Jahres 1996 sind deutlich mehr Diabetes-bedingte Krankenhausfälle von über 65-Jährigen zu verzeichnen (vgl. Abbildung 29). Unter geschlechtsspezifischer Perspektive kristallisiert sich heraus, dass überwiegend ältere Frauen von dieser Diagnose betroffen sind. So waren 1998 im Kreis Düren 1.134 Krankenhausfälle von über 65-jährigen Frauen gegenüber 786 bei gleichaltrigen Männern zu verzeichnen (NRW: 917 / 678).[16]

[15] Gewebsnekrose = Absterben des Gewebes aufgrund von Mangeldurchblutung
[16] bezogen auf 100.000 Einwohner

Psychische Erkrankungen

Behandlungen aufgrund von psychischen Erkrankungen nehmen rein quantitativ einen hohen Stellenwert in der stationären Behandlung älterer Menschen ein. Darunter subsumiert sind Psychosen, Neurosen und Oligophrenien[17]. Nach Krebs und Schlaganfall stellen sie die häufigsten Anlässe für stationäre Krankenhausaufenthalte älterer Menschen dar. Die Entwicklung der stationären Behandlungsfälle nimmt im Kreis Düren einen uneinheitlichen, stark schwankenden Verlauf, während im Landesdurchschnitt tendenziell eine leichte Zunahme zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 30). Eine Erklärung für die starke Schwankung im Kreis Düren kann mit dem vorliegenden Datenmaterial aber nicht gegeben werden.

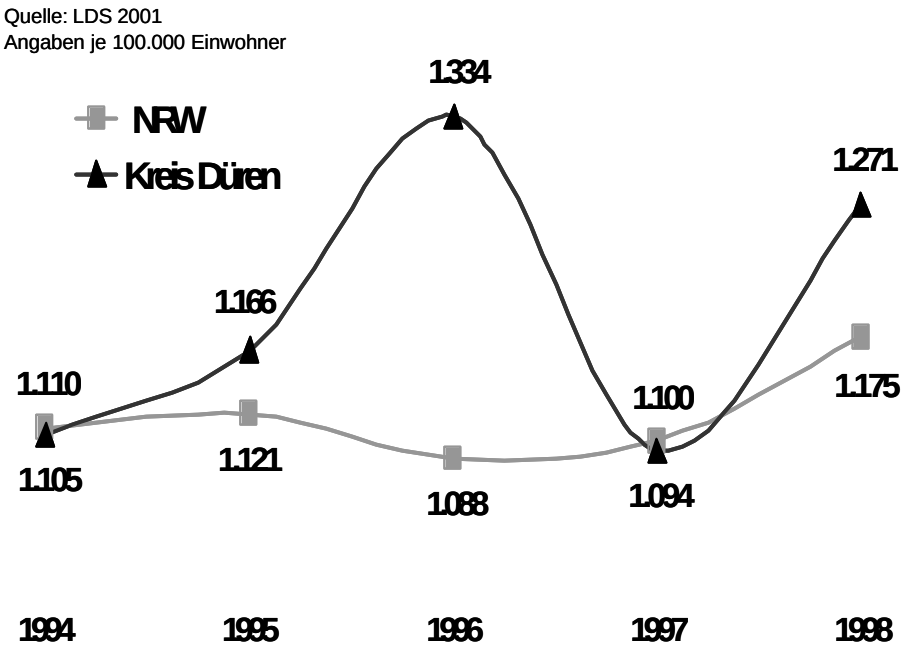


Abbildung 30: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Psychische Erkrankungen (ICD 290-319)

Bösartige Neubildungen (Krebs)

Krebserkrankungen treten bei Männern im höheren Lebensalter (65+) deutlich häufiger auf als bei Frauen.

Als zweithäufigste Todesursache sind die bösartigen Neubildungen (Krebs) gerade im höheren Lebensalter von besonderer Bedeutung und Häufigkeit. Ein deutlicher Unterschied ist in der Häufigkeit von stationären Krebsbehandlungen bei über 65-jährigen Männern und Frauen zu konstatieren (Kreis Düren 1998: 7701 Männer und 4553 Frauen)[18]. Unterschiede im Vergleich mit dem Landesschnitt sind für den Kreis Düren nur in geringem Maße festzustellen (vgl. Abbildung 31).

Die Gesundheitskonferenz des Kreises Düren wird einen Krebs-Wegweiser für Betroffene und Angehörige erstellen.

Die Gesundheitskonferenz des Kreises Düren hat in ihrer ersten Sitzung am 07.03.2001 das Thema Krebs aufgegriffen und einen Arbeitskreis dazu gegründet. Ganz konkret soll für den Kreis Düren ein Krebs-Wegweiser erstellt werden, um für Patienten und Angehörige eine bessere Übersicht über die kommunalen Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu schaffen.

---

[17] Oligophrenien sind im engeren Sinn keine Erkrankungen, sondern eher Behinderungen.
[18] bezogen auf 100.000 Einwohner

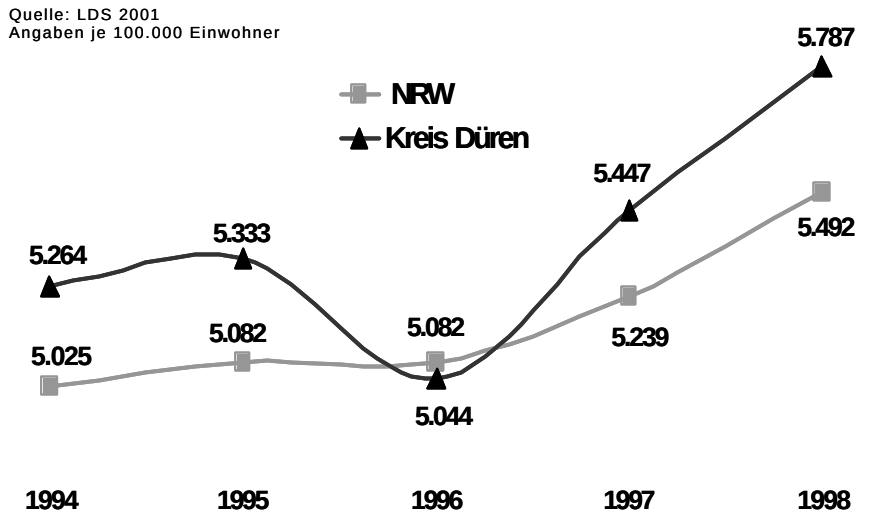


Abbildung 31: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Krebs (bösartige Neubildungen. ICD 140-209)

Herzinfarkt

Der Herzinfarkt ist die häufigste Einzel-Todesursache in Deutschland. Da er in der Regel als Folge chronisch degenerativer[19] Gefäßveränderungen auftritt, ist auch hier eine deutliche Häufung im höheren Lebensalter feststellbar. Gleichwohl kommt es deutlich seltener zu stationären Behandlungen wie bei Krebs (s.o.) . Der Grund dafür ist schlicht darin zu sehen, dass beim Herzinfarkt in der Regel ein einmaliger Krankenhausaufenthalt ausreichend ist, während beim Krebs aufgrund der wiederkehrenden Behandlungsschritte üblicherweise mehrmalige stationäre Aufenthalte pro Jahr erforderlich sind. Die Rate der wg. Herzinfarkt stationär behandelten Patienten liegt im Kreis Düren etwa 10% über dem Landesschnitt (vgl. Abbildung 32).

Herzinfarkt: Etwa 10% über dem Landesschnitt.

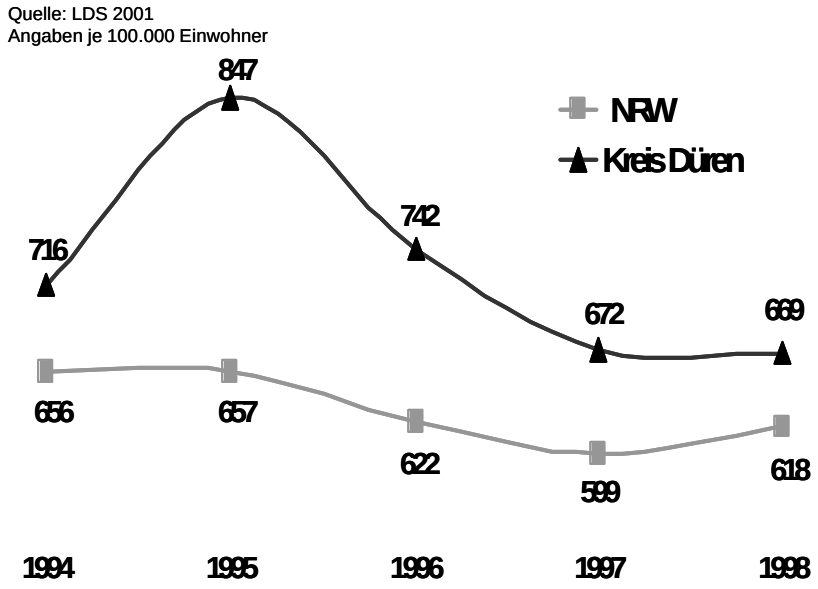


Abbildung 32: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Herzinfarkt (ICD 410)

[19] *degenerativ*: Ersatz von vollwertiger durch minderwertige Substanz / verschlechterte Fähigkeit zur Entwicklung, Anpassung und Heilung.

Schlaganfall

Der Schlaganfall ist die häufigste Ursache für Pflege- und Behinderungsfälle

Der Schlaganfall bewirkt aufgrund der Schwere seiner Symptomatik die häufigsten Pflege- und Behinderungsfälle. Er verursacht neben dem hohen psychosozialen Leidensdruck der Patienten sowie ihrer Angehörigen auch erhebliche Kosten.

Die Belastung für Schlaganfallpatienten und ihre Angehörigen ist enorm. Vielfach fehlen Mittel und Wege, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Die Versorgungslandschaft stellt sich oftmals sehr unübersichtlich dar, was die Orientierung der Betroffenen weiter erschwert.

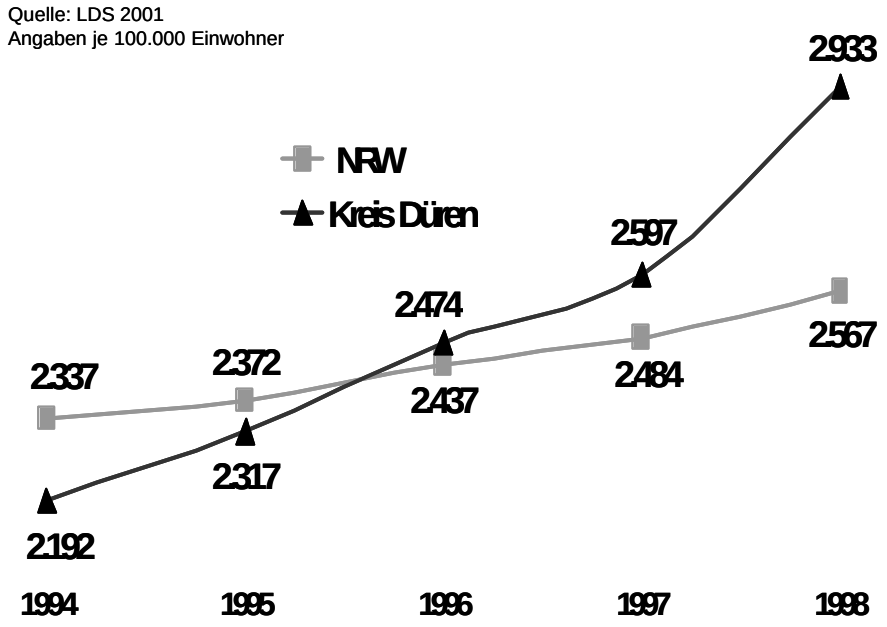


Abbildung 33: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Schlaganfall (ICD 430-438)

Anders als es der Name vermuten lässt, kommt ein Schlaganfall meistens nicht plötzlich.

Abbildung 33 gibt einen Überblick über die Anzahl der mit Diagnose Schlaganfall stationär behandelten Patienten. Sowohl in Gesamt-NRW als auch im Kreis Düren ist eine kontinuierliche Zunahme der Behandlungsfälle zu verzeichnen, wobei eine erheblich stärkere Zunahme im Kreis Düren festzustellen ist.

TIA und PRIND sind Vorstufen des Schlaganfalls, deren Symptome sich aber wieder vollständig zurückbilden

In vielen Fällen kommt ein Schlaganfall nicht plötzlich, sondern kündigt sich durch eine auf Schlaganfall hindeutende Symptomatik an (neurologische Defizite), die sich durch vorübergehende Sprech- oder Schluckbeschwerden, durch kurzfristige Lähmungserscheinungen etc. äußert. In diesen Fällen handelt es sich um sogenannte **T**ranistorische **I**schämische **A**ttacken (TIA) oder in fortgeschrittenerem Stadium um das **P**rolongierte **R**eversible **I**schämische **N**eurologische **D**efizit (PRIND). Diese beiden Vorstufen des Schlaganfalls sind dadurch gekennzeichnet, dass sich ihre Symptomatik innerhalb von 24h (TIA) bzw. innerhalb eines darüber hinaus gehenden Zeitraumes (PRIND) vollständig zurückbildet.

Abbildung 34 weist die entsprechende Anzahl der Patientinnen und Patienten aus, die mit der Diagnose TIA (incl. PRIND) stationär behandelt wurden. Es fällt auf, dass im Kreis Düren zwar mehr Krankenhausfälle mit der Diagnose Schlaganfall zu verzeichnen sind als im Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 33), dass aber gleichzeitig weniger Fälle mit TIA oder PRIND zu verzeichnen sind. Eine eindeutige Interpretation dieser Diskrepanz ist auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials nicht möglich.

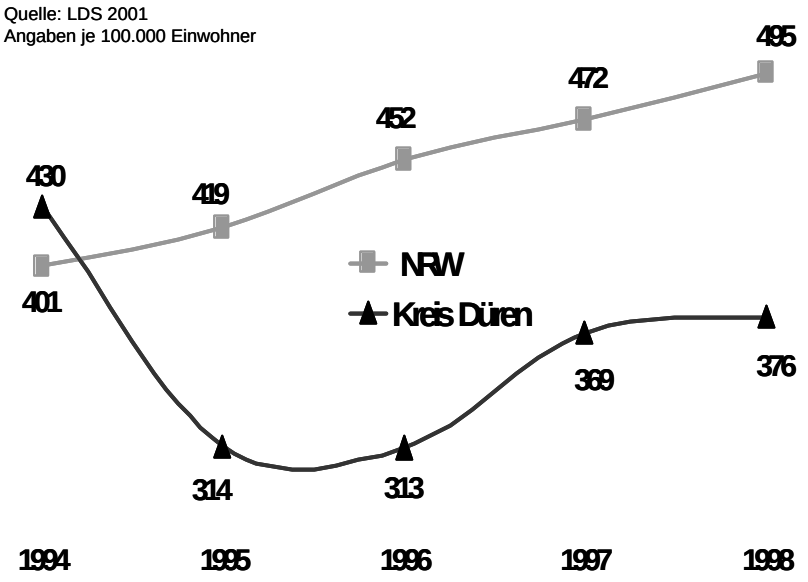


Abbildung 34: Stationäre Krankenhausfälle (65+) mit Diagnose Transitorische Ischämische Attacke (TIA + PRIND) (ICD 435)

Schlaganfall und Krebs sind die ersten Schwerpunktthemen der 2001 gegründeten Gesundheitskonferenz des Kreises Düren

Die Gesundheitskonferenz des Kreises Düren hat das Thema in ihrer ersten Sitzung am 07.03.2001 aufgegriffen und den Arbeitskreis Schlaganfall ins Leben gerufen. Dieser Arbeitskreis arbeitet u.a. daran, die Transparenz der kommunalen Versorgungsstrukturen zu erhöhen und direkte Verbesserungen für die Schlaganfallpatienten im Kreis Düren zu erreichen. Konkret werden folgende Maßnahmen in Angriff genommen:

- Durchführung einer Befragung in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeinrichtungen
- Erstellung eines Schlaganfall-Wegweisers für Patienten und Angehörige
- Konzeption und Realisierung einer langfristig angelegten Aufklärungskampagne
- Einrichtung eines Qualitätszirkels der an der Schlaganfallversorgung beteiligten Krankenhäuser im Kreis Düren

Anfang 2002 kann mit ersten Ergebnissen des Arbeitskreises Schlaganfall gerechnet werden

Mit ersten konkreten Umsetzungsergebnissen des Arbeitskreises ist Anfang 2002 zu rechnen.

Bei Rückfragen zu diesem Kapitel oder weiterem Informationsbedarf wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Carsten Rumpeltin
Tel.: 02421 / 22 - 22 07
Fax: 02421 / 22 - 25 93
E-Mail: carsten.rumpeltin@kreis-dueren.de

Mortalität[20] im Alter

Die Todesursachen der über 65-jährigen Bevölkerung weisen große Übereinstimmungen mit denen der 35-64-jährigen auf. Es sind die zentralen chronisch degenerativen Erkrankungen, im Detail Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen (Krebs) und zu einem geringen Anteil Atemwegserkrankungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen alleine 55,5% aller Todesursachen aus. Zusammen mit den krebsbedingten Mortalitätsfällen sind es etwa 83 Prozent (vgl. Abbildung 35). Diese Todesursachen entsprechen denen anderer westlicher Industrieländer. Handlungsbedarf ist auf Grundlage dieser Daten nicht erkennbar.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die dominierenden Todesursachen im Alter

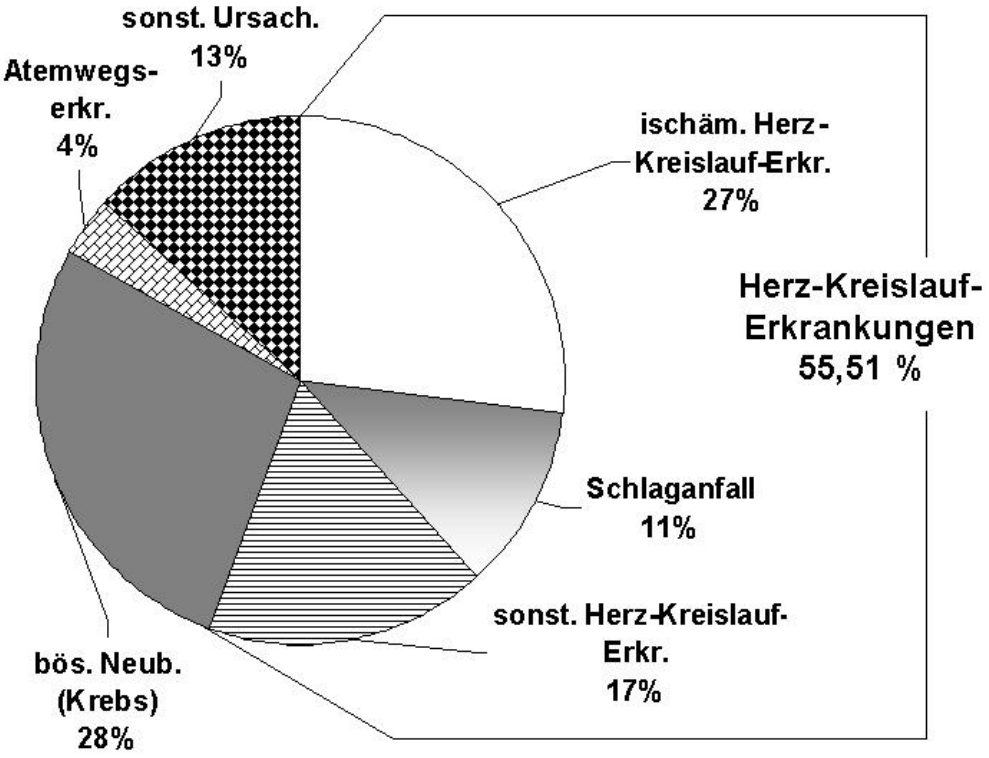


Abbildung 35: Todesursachen der älteren Bevölkerung des Kreises Düren im Überblick (65+)

Bei Rückfragen zu diesem Kapitel oder weiterem Informationsbedarf wenden Sie sich bitte an:

Kreisgesundheitsamt Düren
Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz
Carsten Rumpeltin
Tel.: 02421 / 22 - 22 07
Fax: 02421 / 22 - 25 93
E-Mail: carsten.rumpeltin@kreis-dueren.de

[20] Mortalität = Sterblichkeit

Fazit

Die in diesem Bericht verarbeiteten Informationen stellen nur einen kleinen Ausschnitt aus der Vielzahl von gesundheitsrelevanten Daten dar. Es wäre ohne Weiteres möglich gewesen, einen 300-seitigen Band zu verfassen, der dann aber immer noch nicht die gesamte relevante Medizinalstatistik abdecken würde.

Das Kreisgesundheitsamt hat sich bewusst dafür entschieden, diesen Weg nicht zu gehen. Die dadurch gebundenen Ressourcen hätten zahlreiche andere Aktivitäten der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz nicht ermöglicht. Das ist aber keineswegs der einzige Grund. Viel bedeutender ist die Fragestellung, inwieweit die hier publizierten Daten aussagekräftig für Handlungsansätze vor Ort sind. Bei den in diesem Bericht verwendeten Daten für das Erwachsenen- und Seniorenalter darf dies sehr wohl bezweifelt werden. Daten, die nur auf Kreisebene vorliegen, lassen kaum Hintergründe erkennen: Warum haben wir im Kreis Düren 10 Prozent mehr Krankenhausfälle aufgrund von Herzinfarkten als im Landesdurchschnitt? Dieses Beispiel soll genügen, um diese bewusst provokativ formulierte Aussage zu unterstreichen. Gleichwohl sind die im Bericht verarbeiteten Informationen keineswegs nutzlos. Sie sollten Entscheidungsträgerinnen und -träger sehr wohl veranlassen, den Ursachen für die aufgezeigte Situation zu hinterfragen. Insbesondere die Angaben zu Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit, die sich für den Kreis Düren fast durchweg deutlich oberhalb des Landesniveaus bewegen, sollten zum Nachdenken anregen.

Eine bessere Datensituation offenbart sich für das Kindesalter. Hier liegen glücklicherweise aufgrund der oftmals zu unrecht kritisierten Schuleingangsuntersuchung hervorragende Daten vor, die auch stadtteilspezifisch und nach anderen Merkmalen differenziert ausgewertet werden können, wodurch punktgenaue Aussagen ermöglicht werden. Nicht zuletzt deswegen konnte in dem Kapitel zur Kindergesundheit konkreter Handlungsbedarf aufgezeigt werden.

Künftige Gesundheitsberichte des Kreises Düren werden sich stärker an solchen kommunalspezifischen Daten orientieren. Sollten keine brauchbaren Daten vorliegen, so muss darüber nachgedacht werden, ob für konkrete Fragestellungen kleinere Erhebungen durchgeführt werden können. Dies kostet im Einzelfall Geld, aber der Nutzen liegt auf der Hand: Nur wenn möglichst genaue Informationen vorliegen, können die gesundheitspolitischen Aktivitäten zielgerichtet erfolgen und die dafür zur Verfügung stehenden Mittel optimal eingesetzt werden.

Es bleibt zu hoffen, dass der Bericht die gesundheitspolitische Diskussion im Kreis Düren befruchtet und notwendige Konsequenzen daraus gezogen werden.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (1999): Daten des Gesundheitswesens. Band 122 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit.

KÖSTER, I., V. FERBER, L. (1997): Häufigkeit und Verteilung von Schlaganfall, Altersdiabetes, Gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Multimorbidität im Alter, Köln.

ROBKE, F. J. (2000): Jugendzahnpflege in interkulturellen Netzwerken - Casemanagement-Ansätze in der Gruppenprophylaxe. In: Gesundheitswesen; 62; S. 446-450.

SIEGRIST, J. (1998): Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Folgerungen für die Praxis aus der Public-Health-Forschung. In: Gesundheitswesen, Nr. 11.

THEFELD, W. (1999): Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. In: Gesundheitswesen, 61, S. S-85 - S-89.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) (Hrsg.) (1995): 10 vorrangige Gesundheitsziele für NRW - Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) (1996): Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein Westfalens. Themenfeld 3 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder.

Internetseite:

www.gbe-bund.de : Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Basisbericht 1998).